

TROISIÈME PARTIE

**POURQUOI UNE HDR ?
QUEL TYPE DE MANAGEMENT
DANS LES HÔPITAUX ?**

Mon parcours professionnel et les recherches que j'ai précédemment conduites m'amènent aujourd'hui à solliciter une habilitation à diriger des recherches. Cette démarche s'articule autour du souhait de faire avancer la recherche académique concernant l'hôpital public et sa gestion, et sur le moyen d'y arriver tout en partageant des savoirs déjà acquis.

Les axes de recherche proposés concernent le management hospitalier, ils sont adossés à une première analyse critique des réformes en cours d'application à l'hôpital, telle qu'elle a été décrite dans la partie précédente. Il est important de compléter et d'enrichir cette critique par une évaluation des éléments de diagnostic sur lesquels ces réformes sont bâties, de façon à pouvoir tracer des pistes de recherche concernant les moyens d'améliorer la gestion des établissements de santé, notamment publics.

Les réformes hospitalières actuellement mises en œuvres – la structuration de l'activité en pôles, le nouveau régime budgétaire, la tarification à l'activité – dessinent en creux l'image d'un hôpital mal géré, affecté d'une centralisation jugée excessive du pouvoir de décision, et handicapé par une insuffisance de moyens – notamment en personnels.

Je vais reprendre ces trois affirmations, en montrant pour chacune d'entre elles en quoi elles sont erronées, quels sont les véritables déterminants des difficultés actuelles de gestion dans les hôpitaux, ainsi que les pistes de recherche académique esquissées par ces facteurs explicatifs. J'indiquerai enfin la place que pourrais tenir des doctorants dans ces projets de recherche.

Mais avant tout chose, voyons quelle place tient l'hôpital public dans le système de santé français et, plus globalement, comment s'organise le système hospitalier et la façon dont il s'inscrit dans les dépenses de sécurité et de protection sociales.

1. L'HOPITAL DANS LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS

1.1. Les quatre branches de la sécurité sociale française

Les dépenses de sécurité sociale se sont élevées à 366 milliards d'euros en 2005¹, répartis entre ses quatre branches : accidents du travail et maladies professionnelles (11 milliards d'euros) ; vieillesse-veuvage (155 milliards) ; famille (52 milliards) et maladie-maternité-invalidité-décès (148 milliards d'euros).

Au sein de cette dernière branche, les dépenses de l'assurance maladie proprement dites – définies par l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) – se sont montées à 135 milliards d'euros en 2005. Cette somme est la cible de dépenses fixées chaque année au Parlement par le biais de la loi de financement de la sécurité sociale votée chaque année². 38 % de l'ONDAM (51 milliards) sont affectés au service public hospitalier³, contre 46 % (62 milliards) aux soins de ville et 7,5 % (10 milliards) aux établissements privés à but lucratif.

1.2. Le poids du secteur public dans le système hospitalier

La part du secteur public est prépondérante dans le système hospitalier français, même si la France se caractérise par le poids important du secteur privé lucratif dans les capacités hospitalières (20 %), notamment en comparaison des Etats-Unis (12 %), de l'Allemagne (10 %) et du Royaume-Uni (10 %).

Le secteur privé rassemble le plus grand nombre d'établissements (67 %), en raison de son atomisation et de la taille réduite des structures ; 39 % du total des établissements de soins est à but lucratif. En revanche, en nombre de lits, le service public hospitalier est très fortement majoritaire : au 65 % du secteur public proprement dit (151 568 lits), il faut ajouter les établissements privés, non lucratifs, participant au service public hospitalier (tableau 1).

Plusieurs des critères de différenciation des établissements de santé se croisent. Il n'y a pas une cohérence de principe entre statut public ou privé, mode de financement et champ d'activité. Comme le montre le tableau 1, il y a toutefois une forte corrélation entre secteur public, participation au service public hospitalier et financement public. Il existe également une logique qui lie

¹ A cette date, deux réformes sont entrées en vigueur : le plan de redressement de l'assurance maladie 2005-2007, ainsi que la mise en œuvre en grandeur réelle de la tarification à l'activité (T2A). Le périmètre des dépenses incluses dans la ligne « établissements de santé » a été élargi : les dépenses relatives à l'activité des établissements des DOM a été intégrée, ainsi que les dépenses liées aux produits consommables du secteur privé jusque là comptabilisées dans les soins de ville.

² L'objectif pour 2007 est de 144 milliards d'euros.

³ Hôpitaux publics et établissements privés participant au service public hospitalier.

secteur privé, but lucratif, non participation au service public hospitalier et financement non public.

Tableau 1. Part dans l'offre totale de soins des établissements publics et privés
(en nombre de lits d'hospitalisation complète)

PUBLIC (65 %)	PRIVE (35 %)			
	NON LUCRATIF (15 %)			LUCRATIF (20 %)
DG	DG (13 %)	OQN (2 %)		OQN
PSPH	PSPH	PSPH	non PSPH	Non PSPH

DG : dotation globale ; OQN : objectif quantifié national. Ces deux modalités de financement sont explicités plus bas.

En 2004, sur un total de 11,2 millions d'admissions en soins aigus, 69,4 % ont été prises en charge par le service public hospitalier, qui comprend les établissements publics ainsi que les établissements privés non lucratifs participant au service public hospitalier. En termes d'admissions globales, quelle que soit l'activité, la part du service public hospitalier est de 69,7 % en 2004.

Dans le secteur social et médico-social le secteur public est prépondérant. Parmi les établissements de soins de suite et de rééducation, le service public hospitalier représente les trois-quarts des lits installés. En soins de longue durée, c'est un quasi monopole qu'on peut observer, avec 98 % des lits installés. Alors que le secteur privé à but lucratif représente le quart environ des lits et des journées d'hospitalisation en soins aigus (médecine, chirurgie, obstétrique), et en soins de suite et de réadaptation, il ne forme plus que 1 % de l'offre de soins de longue durée. Dit autrement, le service public hospitalier assume la prise en charge des séjours les moins « rentables » pour les établissements, parce qu'ils exigent un personnel abondant pour s'occuper de personnes dépendantes, et que sa valorisation en termes d'activité est peu élevée.

C'est donc le poids du service public hospitalier dans les dépenses d'assurance maladie en France qui confère une si grande importance à ce secteur d'un point de vue financier. Il représente 37,6 % de l'ONDAM, 34,2 % des dépenses de la branche maladie-maternité-invalidité-décès, et 13,9 % des dépenses totales de sécurité sociale. Rapportées au PIB, les dépenses liées au service public hospitalier représentent 3 % de la richesse nationale produite annuellement.

Il faut ajouter que le secteur public sanitaire prend en charge les pathologies les plus graves et les plus compliquées, et que tout effort de rationalisation de l'activité et d'encadrement budgétaire – tel qu'il transparaît tout particulièrement dans les réformes en cours d'application dans les établissements publics de soins – doit tenir compte de cette réalité.

1.3. Les critères de classement des établissements de santé

1.3.1. Social, médico-social et sanitaire

Il convient d'établir une distinction entre établissements sociaux, médico-sociaux et établissements sanitaires – la césure entre ces trois catégories d'établissements s'établissant sur le fait de proposer une activité de soin : totalement, partiellement ou pas du tout. Les établissements sanitaires font exclusivement du soin ; s'ils accueillent d'autres activités dans leur enceinte, ces dernières sont suivies séparément, en particulier d'un point de vue budgétaire. Les établissements médico-sociaux sont d'abord des établissements sociaux qui assurent au surplus certains soins que peut réclamer l'état de leurs patients, les soins les plus lourds étant pris en charge dans le domaine sanitaire. Enfin, les établissements sociaux n'ont aucune activité de soins.

Le champ de l'activité des établissements sociaux et médico-sociaux est large : prise en charge des mineurs ; éducation adaptée et accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou aux jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ; aide par le travail ; réadaptation, préorientation et rééducation professionnelle ; accueil des personnes âgées ou assistance à domicile ; accueil des personnes adultes handicapées ; accueil, soutien ou accompagnement social des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse, ou bien des personnes en situation d'addiction...

Par hôpital, on entendra donc établissement sanitaire ou établissement de santé. Au sein du secteur sanitaire, l'activité se répartit à son tour entre trois composantes : médecine, chirurgie, obstétrique (MCO, qu'on dénomme aussi « soins aigus ») ; soins de suite et de réadaptation (SSR) ; soins de longue durée (SLD). Dans le secteur sanitaire ainsi défini, plusieurs critères de classement concourent à la catégorisation des établissements de soins : le champ et la nature de l'activité ; le secteur public ou privé ; le but commercial ou non ; la participation au service public ; le mode de financement.

1.3.2. Public, privé et financement

Les établissements de santé peuvent être publics ou privés, mais les établissements privés ne sont pas tous des entreprises à but lucratif ou commercial. Les établissements privés à but non lucratif dépendent d'associations, de congrégations religieuses, ou bien d'organismes sociaux telles les mutuelles ou les caisses d'assurance maladie. Quand ils participent au service public hospitalier, ces établissements sont financés sur fond public et, à ce titre, soumis aux mêmes règles de gestion que les hôpitaux publics.

Les établissements privés à but lucratif sont des entreprises, appartenant à des particuliers ou à des sociétés. Leur mode de fonctionnement et leurs modalités de financement sont donc ceux des entreprises privées, leur objectif est de faire des bénéfices.

Quand la tarification à l'activité fonctionnera à plein régime⁴, et que leurs échelles tarifaires seront devenues identiques⁵, tous les établissements de santé – publics comme privés – seront soumis au même mode de financement. Avant la T2A, le financement des établissements de santé était fondé sur deux régimes spécifiques : la dotation globale et l'objectif quantifié national (OQN).

La dotation globale est une somme forfaitaire allouée aux établissements publics et à la majeure partie des établissements privés non lucratifs – participant ou non au service public hospitalier. Quelques rares établissements à but non lucratif demeuraient, toutefois, financés sous OQN (tableau 1). La dotation globale formait une part prépondérante des recettes des établissements qui y étaient soumis.

L'OQN est une modalité de financement au séjour qui combinait rémunérations au prix de journée et paiement à l'acte. Son objectif était de contrôler l'évolution des dépenses en fonction du volume d'activité réalisé l'année précédente. Les dépenses des établissements privés à but lucratif et celles, donc, d'une centaine d'établissements privés à but non lucratif étaient encadrées par l'OQN – avant donc l'entrée en vigueur de la T2A.

1.3.3. Taille et spécialisation

Les hôpitaux publics se répartissent aussi selon leur taille et leur éventuelle spécialisation (tableau 2) : les centres hospitaliers régionaux sont de taille très importante, et presque tous universitaires ; on n'en compte toutefois que 31 en France. Les centres hospitaliers, qui sont d'une taille moyenne, sont au nombre de 563. Les hôpitaux locaux ont une taille inversement proportionnelle à leur quantité : de petite taille, ils sont 355. Ces deux dernières catégories d'établissements – centres hospitaliers et hôpitaux locaux – ne sont pas universitaires, les centres hospitaliers spécialisés (97 en France) le sont dans le domaine de la psychiatrie.

Tableau 2. Répartition des effectifs par types d'établissements
(2003)

Type d'établissements	Nombre d'établissements	% des établissements	% des effectifs de la FPH
Centre hospitalier régional (*)	31	2,8	35,1
Centre hospitalier	563	52	47,8
Centre hospitalier spécialisé (**)	97	8,9	11,9
Hôpitaux locaux	355	32,7	4,8
Divers	38	3,5	0,4
Total	1 084	100	100

FPH : Fonction publique hospitalière.

(*) La quasi totalité d'entre eux sont également universitaires, on parle donc de CHRU.

(**) Psychiatrie.

Source : Ministère de la Santé, de la famille, et des personnes handicapées.

⁴ Son entrée en vigueur est progressive : en 2004, elle représentait 10 % du budget des hôpitaux, 25 % en 2005, 35 % en 2006. Elle fonctionne à plein dans le secteur privé commercial, et a vocation à s'appliquer totalement dans le secteur public en 2008.

⁵ Pour l'heure, le secteur privé est financé totalement en T2A. Le secteur public passe en financement total par T2A en 2008, mais en conservant une échelle tarifaire différente du secteur privé, qui a vocation à converger avec celle de ce dernier.

Maintenant que le panorama des établissements de santé a été brossé, voyons en quoi les réformes hospitalières révèlent une vision erronée de l'hôpital public, en démontrant que ces difficultés ne proviennent pas de la mauvaise gestion de ces dirigeants, d'une centralisation jugée excessive dans la prise de décision, mais pour beaucoup d'une lutte de pouvoir entre organisation soignante et organisation dirigeante, et des modalités de fonctionnement déficientes dans les services de soins.

2. L'HÔPITAL CONSIDERE COMME MAL GERE

L'une des prémisses des réformes hospitalières est que les difficultés – en particulier budgétaires et financières – rencontrées par l'hôpital public ressortiraient à la mauvaise gestion de ses dirigeants, incapables de mettre un coup d'arrêt à des dépenses jugées inconsidérées et à un éventuel gâchis des fonds employés.

2.1. Un diagnostic erroné

Ce fondement sous-jacent aux réformes ne correspond pas à la réalité. Il ne s'agit pas ici d'une affirmation catégorielle de justification : avoir travaillé dans des équipes de direction d'hôpitaux m'a permis d'évaluer à quel point la compétence de certains de leurs membres est insuffisante. Mais le problème n'est pas là. Modifier la composition des équipes ou réformer la formation des directeurs d'hôpital n'aurait aucun impact sur les véritables déterminants de la crise hospitalière.

2.1.1. Le « laxisme » financier supposé des directions

L'EPRD (état des prévisions de recettes et de dépenses), le nouveau régime budgétaire des hôpitaux publics et des établissements privés concourant au service public hospitalier, est clairement destiné à pallier le prétendu laxisme financier dont auraient fait preuve les équipes de direction. Auparavant, l'exécution du budget était estimée *a posteriori* afin de préparer le budget suivant, ce qui laissait aux hôpitaux tout loisir de dépasser en cours d'exercice les autorisations de crédits accordées – tant en dépenses d'investissement que d'exploitation (ou de fonctionnement). Comme le laisse supposer son intitulé, l'EPRD est un instrument fin de suivi en temps réel de l'exécution des autorisations de crédits accordées en début d'exercice.

C'est cette conception qui préside à la possibilité ouverte au conseil d'administration, d'une part, à la communauté médicale et aux représentants du personnel, d'autre part, de contester le bien fondé du management financier des établissements publics de soins. A chaque moment de l'exercice budgétaire, les responsables hospitaliers – ou leur tutelle – doivent être en mesure d'estimer les recettes et les dépenses à venir durant l'année d'exécution.

C'est la raison pour laquelle, les instances paritaires (en l'occurrence le Comité technique d'établissement⁶) de chaque hôpital ainsi que l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) dont ils dépendent devront être informés de l'EPRD quatre fois par an. En cas d'écart significatif et prolongé entre les objectifs et les résultats, le Conseil d'administration de l'hôpital pourra recourir à un audit externe et – si besoin est – adopter un plan de redressement à la demande de l'ARH. La Commission médicale d'établissement (CME⁷) et le Comité technique d'établissement – c'est-à-dire les syndicats et la communauté médicale – peuvent conjointement saisir le Conseil d'administration de la situation financière de l'hôpital. Ce dernier point illustre le degré de suspicion des autorités sanitaires nationales à l'égard des équipes de direction.

Que les hôpitaux aient dépassé les budgets n'est pas discutable ; ce qui l'est, en revanche, est de savoir si les dépassements budgétaires sont dus à un excès de dépense et/ou à une insuffisance de recettes – en d'autres termes à des déterminants qui échappent pour une grande part aux directions.

Derrière ce mécanisme contraignant se profile la certitude que les moyens des hôpitaux seraient suffisants pour assurer un fonctionnement répondant à leur mission de service public. Les dépassements budgétaires seraient donc bien le fruit d'une gestion laxiste des fonds alloués à l'hôpital, il suffirait dès lors de contraindre les directions à une gestion plus rigoureuse pour faire revenir les hôpitaux à l'équilibre – à niveau de prestations inchangé.

2.1.2. Tarification à l'activité, productivité et prime à l'innovation

Le nouveau mode de financement des établissements va dans le même sens. La tarification à l'activité (T2A) est une réforme prometteuse dont les objectifs étaient de mettre fin au financement actuel des hôpitaux, aussi injuste qu'inefficace, et de les inciter à la productivité. Désormais, sous le régime de la tarification à l'activité, les activités coûteuses étant davantage « rémunérées » que celles qui le sont moins⁸, les établissements disposeront d'une dotation publique ajustée au coût de leur activité réelle. Dès lors que leurs recettes sont assurées par les « gains » tirés de leur activité, les hôpitaux devraient donc être incités à minorer les dépenses occasionnées par les actes producteurs de ces recettes, de façon à dégager des marges de manœuvre budgétaires pour permettre le financement d'activités structurellement plus coûteuses.

⁶ CTE : équivalent du comité technique paritaire dans la fonction publique hospitalière. Constitué exclusivement (pour la partie « employés ») des représentants des personnels – titulaires et contractuels – élus sur proposition des organisations syndicales de l'établissement. Il ne dispose que d'un avis consultatif mais doit être informé des différents éléments intéressant le fonctionnement de l'hôpital : incidents, projets de la direction, organisation et conditions de travail, orientations financières...

⁷ La CME représente le corps médical. Elle est composée des médecins-chefs de service, qui y siègent de droit, ainsi que des membres élus par leurs pairs.

⁸ C'est en tout l'objectif revendiqué de la T2A. Dans la réalité, le lien entre tarif et coût n'est pas aussi mécanique que cela est affirmé (Fessler et al., 2003 ; Fessler, 2007).

Mettre en place un dispositif rigoureux d'incitation à la productivité revient *de facto* à conclure, d'une part, que les établissements de santé disposent de réserves de productivité et que, d'autre part, ils sont en mesure de les exploiter. C'est établir incidemment un réquisitoire contre les directions d'établissement qui n'auraient pas été en mesure d'identifier ces réserves ni de les mettre en œuvre.

Ce serait une excellente nouvelle s'il suffisait de remplacer la part de directeurs incompetents par des techniciens chevronnés pour rétablir la situation financière et budgétaire des établissements de santé, et les mettre en situation de répondre aux défis qui se présentent à eux. Mais il n'en est pas ainsi : quelle que soit la composition des équipes de direction et l'environnement réglementaire imposé à la décision budgétaire, les difficultés structurelles de financement des hôpitaux ne changeront pas. En faisant semblant de considérer le budget des hôpitaux comme suffisant, les autorités sanitaires déconcentrent au niveau des établissements l'absence de décision politique prise au niveau national quant aux véritables déterminants de la crise hospitalière.

2.2. Les véritables déterminants des difficultés actuelles de gestion dans les hôpitaux

Les véritables facteurs explicatifs de la crise de gestion du service public hospitalier sont l'impuissance des directions d'hôpital, et la médiocre utilisation des moyens alloués – tant dans les établissements de santé qu'au niveau national.

2.2.1. Les directions d'hôpital impuissantes

2.2.1.1. Une absence de contrôle du recrutement médical

S'agissant du recrutement des médecins, ce n'est pas le chef d'établissement qui contrôle, décide, ou arbitre à l'hôpital, contrairement à ce qui se passe dans les établissements privés – qu'ils soient à but commercial ou non lucratif. Or les médecins sont les producteurs de soins : de leur compétence, de leur spécialisation, de leurs capacités, dépendent pour une grande part la nature de l'activité, le volume de personnel et le niveau de dépenses de l'hôpital où ils pratiquent.

Or, au mieux, les chefs d'établissements sont consultés pour la forme en cas de recrutement d'un praticien. Sauf à engager une guerre ouverte avec la communauté médicale – dont il sortirait perdant (quels que soient le lieu, l'époque ou les circonstances, il est toujours plus aisé de remplacer une personne qu'une centaine) –, le directeur n'aura d'autre choix que d'avaliser les candidatures qui lui sont soumises. Théoriquement, il pourrait fort bien vérifier l'adéquation des recrutements avec le projet d'établissement – lui-même ajusté au Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) ; dans la pratique, sauf à envisager des recrutements fantaisistes (un gastro-entérologue dans un hôpital psychiatrique ou un chirurgien dans un établissement dépourvu de bloc opératoire), on imagine mal au nom de quelle légitimité il pourrait estimer que telle ou telle sous-

spécialité d'une discipline autorisée par le SROS n'aurait pas vocation à être développée dans son hôpital.

Au printemps 2006, les praticiens hospitaliers se sont mis en grève et ont obtenu que les chefs d'établissement n'aient pas le pouvoir de les nommer, et que le ministère conserve cette prérogative. Au final, le décret pris en octobre 2006 ne cite même pas le directeur quand il s'agit de la nomination des praticiens hospitaliers : on ne saurait mieux exprimer que le chef d'établissement n'a pas son mot à dire dans le recrutement des médecins de l'hôpital qu'il dirige.

2.2.1.2. La hantise du mouvement social

Un autre facteur d'inertie et d'impuissance dans la gestion des hôpitaux public est la hantise du mouvement social qui caractérise le comportement des directeurs adjoints et des chefs d'établissement. Culturellement, les fonctionnaires ont une aversion pour le conflit ; fonctionnellement, ils n'y ont pas intérêt – *a fortiori* quand ils se trouvent en position de responsabilité. Si les directeurs adjoints et les chefs d'établissement étaient évalués et notés sur la base de leurs résultats, peu d'entre eux auraient connu une progression de carrière en raison notamment de la situation financière des hôpitaux. Dans la pratique, le déterminant fondamental de leur notation est la paix sociale qu'ils parviennent à préserver dans leurs établissements respectifs : absence de conflit avec le personnel non médical et absence de conflit avec les médecins sont les deux piliers d'une carrière épanouie...

Cette situation provient pour une grande part de la sociologie des corps de cadres de la haute fonction publique hospitalière, tout particulièrement celle des directeurs d'hôpital, hauts fonctionnaires hospitaliers astreints à la mobilité. Pour pouvoir évoluer dans leur carrière, ils doivent impérativement faire valoir au moins deux mobilités : l'une fonctionnelle, l'autre géographique. En pratique, rester plus de quatre ou cinq ans sur le même poste est considéré comme un élément négatif d'appréciation des directeurs d'hôpital par leurs supérieurs hiérarchiques. Or leurs collaborateurs et les équipes qu'ils sont chargés d'encadrer sont des personnels inamovibles. Les collaborateurs d'un directeur d'hôpital connaissent aussi bien que lui l'échéance de sa mission, et toute velléité de changement, d'innovation, vient butter sur cette réalité.

2.2.1.3. Les exigences de la tutelle : réglementation et campagnes ciblées

Une partie non négligeable des dépenses des hôpitaux provient de l'évolution de la réglementation qui leur est applicable, ainsi que des actions de santé publique de l'Etat. Les règles d'hygiène, de sécurité, et de salubrité, édictées par les autorités sanitaires et/ou votées par le Parlement, s'accroissent en effet de manière permanente pour renforcer la qualité de la prise en charge des patients et la sécurité au travail des personnels. On peut citer comme exemple : l'utilisation exclusive de matériels à usage unique pour limiter les contaminations aux prions ; les nouvelles modalités de prélèvement, de gestion et de dispensation des produits sanguins ; l'extension des règles de traçabilité des produits ou de matériels ; les conditions de réception et de stockage des dispositifs

médicaux stériles... Ces transformations ont un coût souvent élevé et les financements accordés en regard aux hôpitaux ne correspondent pas aux dépenses engagées... quand il y a financement.

De même, les hôpitaux sont-ils sollicités pour s'investir dans les différentes campagnes mises en œuvre par les autorités de santé : dépistage de l'hépatite C ; dépistage du cancer du sein ; plan cancer... Ils doivent aussi prendre toutes les dispositions liées aux différents plans de sécurité : plan blanc ; plan rouge ; plan Orsec ; plan grand froid ; plan canicule ; plan vigipirate... Il n'est pas question ici de porter un jugement d'opportunité sur ces différents dispositifs mais de rappeler les contraintes qui enserrent l'activité des établissements de santé publics et/ou participant au service public hospitalier, et le coût de ces dernières.

2.2.2.Des moyens importants mais mal employés

Si l'on compare la France à ses principaux partenaires de l'OCDE, on se rend compte que – tous secteurs confondus – sa dépense totale en soins hospitaliers la place au 7^e rang des pays de l'OCDE. Sa dépense en soins hospitaliers curatifs et de réadaptation s'élève à 3,3 % de son PIB, et la place cette fois au 3^{ème} rang des pays de l'OCDE, uniquement dépassée par la Suisse et par l'Islande. En termes de nombre total de lits d'hôpitaux, la France se place au 5^{ème} rang avec 7,5 lits pour 1 000 habitants. Notre pays compte 20 personnes travaillant dans les hôpitaux pour 1 000 habitants, ce qui le situe également au 5^{ème} rang des pays de l'OCDE. Ces moyens importants sont pourtant mal employés – dans les établissements de santé comme au niveau national.

2.2.2.1. Des moyens mal employés dans les établissements de santé

La médiocre utilisation des moyens accordés aux établissements concerne tout particulièrement leur premier poste de dépense, le personnel. Dans les hôpitaux, on peut constater l'existence d'un nombre de métiers bien trop élevé, et observer la dispersion du contrôle des dépenses entre les membres de la direction.

A la fin de l'année 2002, la fonction publique hospitalière comprenait 743 471 agents en équivalent temps plein. 79 % d'entre eux appartiennent au personnel soignant, les 21 % restant se répartissant entre les personnels administratifs, socio-éducatifs, ouvriers et techniques. Le personnel soignant est constitué à 85 % de paramédicaux, à 9 % de personnels médicaux (53 340 agents) et à 6 % de personnels médico-techniques (Cour des Comptes, 2006). Presque les trois-quarts des personnels non médicaux sont des soignants : kinésithérapeute, infirmier, aide-soignant, diététicien... Notons que la catégorie des personnels administratifs comprend les secrétaires médicales dont les 22 000 membres exercent en majeure partie leur activité dans les services de soins et, quand bien même elles ne sont pas soignantes, contribuent éminemment à leur fonctionnement.

Le personnel non soignant se répartit entre 38 % de personnels administratifs, 6 % de personnels socio-éducatifs et 56 % d'agents des services ouvriers et techniques (bâtiment, restauration, automobile, blanchisserie, entretien...). Le poids des agents de ces derniers services dans le personnel

met en lumière l'utilisation inadéquate des ressources humaines dans les hôpitaux. Plus de 87 000 personnes travaillent dans ces services alors que l'on compte seulement 35 000 agents appartenant au personnel médico-technique (préparateurs en pharmacie, masseurs-kinésithérapeutes, agents de stérilisation, techniciens de laboratoire, laborantins, manipulateurs en électroradiologie médicale...).

En d'autres termes, dans les hôpitaux publics français, il y a deux fois plus de salariés dédiés à l'entretien des voitures et des jardins, à la fabrication des repas, la blanchisserie et le ménage, que d'agents dont le rôle est d'assurer le fonctionnement des laboratoires, des scanners et des IRM, de préparer et de distribuer les médicaments. Ce constat est d'autant plus préoccupant que le recours des établissements publics de soins aux entreprises pour accomplir des travaux d'entretien ne se dément pas... loin de là.

Cette tendance lourde des hôpitaux publics s'observe dans le profil exceptionnellement large des métiers employés en leur sein. Le ministère de la Santé et de la Protection sociale (2004) a édité un répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière qui recense 183 métiers non médicaux dans cinq domaines professionnels différents : Soins ; Social éducatif, psychologie ; Logistique ; Infrastructure, maintenance technique ; Pilotage, gestion et aide à la décision. Or les domaines qui rassemblent le plus de métiers sont ceux qui regroupent le moins d'effectifs. Le domaine des personnels de soins, qui regroupe également celui des agents médico-techniques, comprend ainsi 34 métiers et est composé de 500 000 agents ; à l'opposé, le domaine des métiers du pilotage et de la gestion, qui regroupe 60 000 agents est constitué de 49 métiers.

2.2.2.2. Des moyens mal employés au niveau national : atomisation de l'offre et insuffisance d'hôpitaux de soins de suite et de soins de longue durée

La France compte 450 000 lits d'hôpitaux, soit davantage que le Royaume-Uni et l'Italie, qui disposent de 240 000 lits environ, mais nettement moins que l'Allemagne, dont les 700 000 lits s'expliquent pour partie par sa population de 80 millions d'habitants contre 60 millions pour la France. Si l'on raisonne par rapport à la population, l'Allemagne dispose de 8,6 lits par millier d'habitants contre 7,5 pour la France et 4,1 au Royaume-Uni⁹.

En revanche, tous secteurs (public, privé lucratif et privé non lucratif) et toutes activités confondus, la France compte 2 900 établissements de santé, alors qu'on en recense 3 500 en l'Allemagne, 1 400 au Royaume-Uni et 1 300 en Italie. Rapportés à la population de chaque pays, ces chiffres sont encore plus saisissants : il y a 4,8 établissements pour 100 000 habitants en France, contre 4,2 en Allemagne, 2,3 au Royaume-Uni et 2,2 en Italie. En France, 54 % des hôpitaux publics sont équipés de moins de 200 lits, 77 % ont moins de 400 lits, 16 % disposent de 400 à 800 lits, et 7 % sont dotés de plus de 800 lits. L'offre hospitalière française est donc non seulement atomisée, mais aussi concentrée sur de petits et très petits hôpitaux.

⁹ Les informations chiffrées qui suivent sont tirées d'*Eco-stat* 2006 de l'OCDE, de la Statistique annuelle des établissements (SAE) établie par le ministère de la santé et de ceux fournis par l'INSEE.

La répartition des hôpitaux sur le territoire national ne répond pas à une plus grande rationalité. Si l'on raisonne en nombre total d'établissements et en taille de ces derniers, on peut faire plusieurs constats. En premier, le nombre total d'hôpitaux dans chaque département est presque totalement déterminé par le nombre de petits hôpitaux (moins de 400 lits) : à quelques exceptions près – Paris, Val-de-Marne, Pas-de-Calais, Gironde... – les départements disposant du plus grand nombre d'hôpitaux sont ceux où l'on constate la présence la plus importante d'hôpitaux de moins de 400 lits. C'est le cas du Nord, de la Loire-Atlantique, du Rhône, par exemple, qui arrivent en tête du classement des départements les mieux dotés. Si l'on rapporte le nombre d'hôpitaux à la population totale, on observe que les départements français les mieux dotés sont les Alpes de Haute-Provence et la Lozère, avec 10 000 habitants par hôpital, le Gers et la Creuse, avec 16 000 et 17 000 habitants par hôpital, et l'Ardèche (18 000 habitants par hôpital). Suivant le même critère, les départements les moins bien dotés sont les Pyrénées orientales (140 000 habitants par hôpital), la Seine Saint-Denis (130 000), la Seine-et-Marne (114 000) et Paris, avec 108 000 habitants par hôpital. Or c'est en région parisienne que l'espérance de vie à la naissance est la plus haute en France pour les hommes, et vient au 7ème rang pour les femmes. A l'inverse, l'espérance de vie à la naissance dans les départements les mieux dotés en établissements de soins est proche de la moyenne nationale, dans le meilleur des cas. On se rend compte ensuite qu'il existe une relation inverse entre le nombre et la taille des hôpitaux dans les départements : moins il y a de grands établissements dans un département, plus le nombre d'hôpitaux augmente, comme si le nombre compensait la taille.

Or chacun sait que la qualité d'un hôpital est fortement liée à sa taille et au volume de son activité, entre autres facteurs de performance. La dispersion des moyens hospitaliers entre de multiples structures ne permet pas à nombre d'entre elles d'atteindre la masse critique d'activité en deçà de laquelle la compétence des personnels s'érode. Elle est de plus très coûteuse, l'activité hospitalière étant en effet caractérisée par des effets de seuil. Un lit de soins intensifs ou de réanimation, par exemple, nécessite réglementairement un nombre requis de personnels dédiés – infirmières, aides-soignants, médecins – et ce quel que soit son taux d'occupation.

Première conséquence de cette situation, la France consacre davantage de moyens aux dépenses de soins en milieu hospitalier : 3,6 % de son produit intérieur brut, contre 3,8 % en Allemagne et 3,4 % en Italie. Cela s'explique par le nombre élevé des emplois hospitaliers, lui-même rendu nécessaire par la multiplication des structures de soins sur le territoire national. La France compte 1,2 million d'emplois dans ses hôpitaux, soit autant qu'en Allemagne, alors que ce dernier pays a 20 millions d'habitants et 250 000 lits hospitaliers en plus.

En dépit de ce nombre important de salariés dans ses hôpitaux, la France – paradoxalement – est un pays pauvrement doté en soignants par nombre de lits. L'effectif moyen par lit des personnels de soins aigus est de 1,64 personne par lit en France, contre 2,03 en Allemagne, 3,07 en Italie, 3,57 en Espagne et 6,5 au Royaume-Uni. La situation est tout aussi préoccupante s'agissant des

personnels infirmiers : l'effectif moyen en France est de 0,56 personne par lit, contre : 0,75 en Allemagne ; 1,36 en Italie ; 1,68 en Espagne ; 1,8 au Royaume-Uni. On trouve là encore, la confirmation de la dispersion excessive des personnels de soins entre un nombre particulièrement élevé de structures de santé.

2.3. Les pistes de recherche en gestion

Ces facteurs explicatifs de la crise de gestion du service public hospitalier – impuissance des directions d'hôpital et médiocre utilisation des moyens – dessinent autant de pistes de recherches en gestion que des doctorants pourraient explorer, et dont ils pourraient utilement tirer des recommandations de transformations. Pour ce faire, il convient d'établir une distinction entre les déterminants qui relèvent d'un effet-prix (hors de contrôle des directions locales d'établissements) et ceux qui renvoient à un effet-gestion, à la portée d'une action volontariste – que cette dernière s'exerce au niveau des hôpitaux ou bien au niveau central de l'administration sanitaire.

2.3.1. Les déterminants relevant d'un effet-prix

Les réformes hospitalières, en particulier les réformes médico-économiques (EPRD et T2A), focalisent l'attention sur le non respect des budgets alloués, tirant implicitement la conclusion préalable à toute analyse que cette dérive relève d'une gestion insuffisamment rigoureuse. Or, s'il ne fait aucun doute que des réserves de productivité et d'économies gisent dans les hôpitaux, il est tout aussi probable qu'une part non négligeable de leurs dépenses est hors de leur contrôle.

Afin d'estimer les marges réelles d'action des directions locales d'établissement, il conviendrait au préalable d'identifier les facteurs de dérives financières qui sont hors de leur contrôle, celles qui relèvent d'un effet-prix. Quatre axes de recherche peuvent ainsi être esquissés : l'augmentation irrépressible du coût du soin ; l'accroissement des files actives de patients ; les missions non financées ou insuffisamment ; le poids du secteur privé dans le secteur public.

2.3.1.1. Des dépenses structurellement en hausse : le coût du soin en progression constante

Une part importante de l'accroissement des dépenses d'une année sur l'autre ne relève pas de quelconques errements dans la gestion mais de l'effet mécanique de la hausse des prix de matériels, d'équipements, de prestations et de services. Pour juger de l'efficacité des équipes de direction d'hôpitaux et évaluer l'impact prévisionnel des réformes hospitalières en cours, il serait particulièrement utile d'estimer au mieux l'augmentation massive du coût du soin, toutes choses égales par ailleurs – en particulier à gestion inchangée. Pour ce faire, la méthode idéale consisterait à suivre l'évolution du coût d'un acte standard peu ou pas sujet à transformation dans sa pratique, ou du prix d'un matériel courant peu affecté par le progrès technique, ou bien encore du prix d'une molécule.

S'agissant de l'acte, il serait judicieux de reprendre la logique du PMSI (Programme de médicalisation du système d'information) et de l'échelle nationale des coûts, à savoir une évaluation de la lourdeur des actes tel que définie par les Groupes homogènes de malades (GHM). A chaque GHM correspond un nombre de point ISA (indice synthétique d'activité) qui évolue au fil du temps en fonction de la lourdeur des moyens réclamés pour l'accomplissement de ces actes. L'échelle nationale des coûts est articulée autour d'un GHM dit « calant », l'accouchement par voie basse sans complication, qui demeure doté du même nombre de points ISA, au motif que les moyens mis en œuvre par cet acte restent inchangés. Il serait donc particulièrement intéressant de suivre l'évolution du coût de cet acte-là au fil du temps et dans plusieurs établissements, qui formerait ainsi un indicateur pertinent de la hausse mécanique du coût du soin.

Le même type d'analyse pourrait être conduite avec des matériels, des équipements ou des prestations ayant subi le moins de transformations pouvant justifier une modification de leur prix : un écarteur chirurgical ; un bassin ; une prise de sang ; une prestation de nettoyage d'une chambre, etc.

La progression du coût du soin pourrait tout aussi bien s'évaluer par l'intermédiaire de la transformation des disciplines elles-mêmes. On peut en effet constater qu'au fil du temps des spécialités autrefois peu dispendieuses, telles la psychiatrie, les consultations ophtalmologiques ou dermatologiques, mobilisent désormais davantage de moyens en matériels – en prescriptions et en personnel.

2.3.1.2. L'accroissement des files actives de patients

On a coutume d'estimer financièrement l'impact du progrès médical par le coût des traitements, des équipements mis en œuvre et des personnels mobilisés, déflaté de la réduction de la durée des séjours. Or la plus grande efficacité du soin a pour conséquence – et c'est heureux – d'accroître l'espérance de vie des patients les plus atteints, ceux dont la prise en charge est la plus onéreuse. A rebours des règles usuelles de l'économie, et contrairement à ce qu'on peut observer dans l'immense majorité des organisations de production, plus l'activité de l'hôpital est efficace et plus elle coûte cher.

L'amélioration de l'efficacité des traitements et de la prise en charge des patients augmente, en effet, les dépenses prises en charge par les hôpitaux *via* l'augmentation des files actives de patients par pathologie. C'est particulièrement vrai pour les affections les plus graves pour lesquelles on constate la concomitance entre l'accroissement de la durée de vie et le maintien des complications. Si l'on prend comme exemple les greffes d'organes, l'augmentation de l'espérance de vie des receveurs n'éloigne pas les complications de santé inhérentes à ce type d'actes. Or le retour en hospitalisation d'un greffé souffrant de complications est quasiment aussi coûteux pour le service de soins que sa greffe ou sa prise en charge post-opératoire.

2.3.1.3. Les missions non financées, ou trop peu

Il conviendrait également d'estimer l'insuffisante prise en charge des missions assumées par l'hôpital sans être financées, ou trop peu. Le coût des missions de service public doit, certes, être pris en compte dans le nouveau mode de financement des hôpitaux (la tarification à l'activité, ou T2A) qui, bien qu'adossé à leur activité, est également composé de dotations forfaitaires censées couvrir leurs missions d'intérêt général, d'enseignement, de recherche et d'innovation. Mais d'autres sources de dépenses ne sont pas identifiées : l'hôpital public tient un rôle éminent dans certains domaines d'activité sans que les financements accordés soit à la hauteur des dépenses engagées. Plus préoccupant encore, certaines des tâches qui lui échoient ne sont pas financées du tout. On peut citer ainsi le soutien à la recherche et le rôle social tenu par les établissements de santé.

L'hôpital, soutien de la recherche, publique et privée

L'hôpital public contribue de deux façons à la recherche : à la recherche publique *via* la participation de ses médecins au travail des différentes agences sanitaires ; à la recherche privée par le biais de sa contribution à la recherche clinique menée par les entreprises pharmaceutiques.

De nombreuses agences sanitaires emploient des médecins hospitaliers, ce qui est bien compréhensible : ces derniers forment l'élite de leur profession, aguerris aux techniques les plus modernes de diagnostic et de traitement, familiarisés avec les cas les plus difficiles, en première ligne des thématiques qui intéressent ces agences au plus haut point. Cette pratique relève de surcroît de la culture des carrières hospitalières chez les médecins, en les favorisant. Le problème pour les hôpitaux est que la sollicitation de ces personnels se fait fréquemment à des conditions financières qui les pénalisent. Les administrations des établissements publics de santé ont peu ou pas d'accès du tout aux services de soins, il leur est difficile de connaître le niveau réel de la présence des praticiens hospitaliers, qui n'ont de justification à donner qu'au chef de service. Dans ces conditions, les modalités de reversement du salaire par l'Agence ne font pas figure de priorité, c'est un euphémisme : il arrive bien souvent que l'hôpital ne soit pas du tout remboursé de la partie de salaire qu'il verse sans contrepartie de travail effectif.

Quant aux essais cliniques, ils se déroulent en grande majorité à l'hôpital public parce que les patients concernés s'y trouvent, de même que les médecins et les soignants les plus compétents. Une fois leur innocuité prouvée, les nouveaux médicaments font l'objet d'une expérimentation ultime à l'hôpital. Ces protocoles de recherche font l'objet d'une convention signée entre l'établissement où l'essai se déroule et le laboratoire pharmaceutique qui le conduit – une entreprise privée donc. En principe, chaque convention doit identifier les surcoûts que l'essai thérapeutique va engendrer pour le budget de l'hôpital. En pratique, ces surcoûts portent principalement sur le matériel employés : seringues, compresses, réactifs d'automates d'analyse... Dans certains cas, un poste de secrétariat à durée déterminée est financé par le laboratoire. En revanche, le temps que les médecins et les personnels paramédicaux passent à cette activité est sous-estimé,

quand il n'est pas tout simplement ignoré. L'argument avancé est que le surcroît de travail lié au protocole de recherche est marginal dans la prise en charge du malade. En d'autres termes, le travail réclamé par les protocoles de recherche porte sur des gestes et des actes qui doivent de toutes les façons être réalisés, et qui le seraient même en l'absence d'essai clinique. La réalité est bien différente, les protocoles de recherche menés à l'hôpital mobilisent une partie non négligeable des moyens de ce dernier, et ce sans une juste et équitable compensation financière.

L'hôpital finance aussi les activités de recherche d'une partie des médecins. Par principe, ne sont astreints à la recherche que les médecins universitaires – professeurs, maîtres de conférences, assistants. En réalité, tous les chefs de cliniques et les praticiens hospitaliers souhaitant devenir universitaires à leur tour passent une part non négligeable de leur temps de travail à des activités de recherche. Il n'y a là rien de choquant, la recherche est une des trois missions de l'hôpital, bien au contraire, on ne peut que se féliciter de l'implication des médecins et d'autres personnels soignants dans la recherche, c'est un gage de compétence et d'actualisation permanente de leurs connaissances. Le problème est que l'impact en termes de volume de travail disponible pour le soin et de coûts induits est insuffisamment pris en compte et compensé à ce titre dans les budgets hospitaliers.

Le rôle social de l'hôpital

Le rôle social de l'hôpital est, de même, insuffisamment financé. Ce rôle s'exprime d'abord dans la prise en charge quasi exclusive des soins de longue durée par le service public. Alors que le secteur privé à but lucratif représente le quart environ des lits et des journées d'hospitalisation en soins aigus (médecine, chirurgie, obstétrique) et en soins de suite et de réadaptation, il ne forme plus que 1 % de l'offre de soins de longue durée. Comme évoqué plus haut, le service public hospitalier assume la prise en charge des séjours les moins « rentables » pour les établissements, parce qu'ils sollicitent beaucoup de personnel pour s'occuper de personnes dépendantes, et que leur valorisation en termes d'activité est peu élevée. Or les moyens alloués aux hôpitaux pour cette fonction sont notoirement insuffisants, en particulier s'agissant du personnel affecté à cette mission.

De même, les services d'accueil des urgences des hôpitaux prennent souvent en charge davantage d'urgences sociales que d'urgences sanitaires. Les populations démunies privées de couverture sociale utilisent ces unités d'accueil comme voie d'accès aux soins, parce que l'hôpital est considéré comme un spécialiste accessible à tous, parce qu'il est le dernier recours dans les situations de fortes détresse, et parce qu'il renforce le statut social de malade. C'est la raison pour laquelle, une part importante de la fréquentation des urgences relève davantage d'une situation de consultation externe : accéder à l'hôpital par les urgences permet d'éviter le passage préalable par les admissions, et donc une facturation antérieure à la visite.

C'est à l'hôpital public, enfin, que sont formés les membres de la plupart des professions de soins, les autres y accomplissant des stages. Les étudiants en médecine dit « externes » passent une partie de leurs études à découvrir le fonctionnement des services cliniques ; le perfectionnement des internes se fait également au sein des services de soins. Ce cursus de formation concerne aussi bien les médecins que les pharmaciens ou les odontologistes.

De même, de nombreux hôpitaux accueillent en leur sein des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) qui dispensent la formation de base aux infirmières et aux aides-soignantes, assurent la formation professionnelle continue débouchant sur les métiers de l'encadrement de santé (cadres et cadres supérieurs) et sur ceux de la spécialisation du métier infirmier (bloc opératoire, anesthésie, puériculture). Quant aux autres formations paramédicales, une part importante de leur cursus se déroule sous forme de stage à l'hôpital public. C'est le cas des formations de sage-femme, de masseur-kinésithérapeute, d'ergothérapeute, d'orthophoniste, de manipulateur en électroradiologie, de diététicien, de pédicure-podologue, etc. Le temps ainsi consacré à la – nécessaire – formation de terrain n'est pas ou très peu pris en compte dans les budgets hospitaliers. Il serait donc fort utile d'estimer précisément le niveau de sollicitation des moyens des hôpitaux pour cette mission : moyens en matériels et moyens en personnels.

2.3.1.4. Le privé dans le public

Un autre facteur de mobilisation des moyens des établissements de soins publics ou participant au service public hospitalier est l'activité privée autorisée en son sein. Afin de sédentariser les meilleurs médecins dans les hôpitaux publics, les praticiens hospitaliers à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dans les services de soins et avec les moyens de ces derniers en échange du reversement au budget de leur hôpital d'une part de leurs honoraires ainsi obtenus.

Il n'est pas question ici de juger de l'opportunité d'une telle disposition ni de l'adéquation du pourcentage de reversement avec le niveau réel de sollicitation des moyens de l'hôpital. En revanche, cette activité privée a un effet d'éviction certain sur l'activité publique des services de soins. Les moyens matériels et le temps des personnels consacrés à l'activité libérale au sein du service public sont autant de moyens non disponibles pour ce dernier : par exemple, une chambre à deux lits utilisée pour l'activité libérale n'hébergera bien évidemment qu'un seul patient... C'est à cette aune, aussi, qu'il faudrait estimer les moyens des hôpitaux.

2.3.2. Les déterminants relevant d'un effet-gestion

Il est, en revanche, des déterminants de la situation des hôpitaux pouvant relever d'une action volontariste, mais qui ne sont pas identifiés comme tels. Ces pistes de recherches en gestion des services de santé portent sur le positionnement des directeurs d'hôpital au sein des établissements

dont ils sont chargés d'assurer la gestion, et sur la médiocre utilisation des moyens alloués aux hôpitaux – tant à l'intérieur de ces derniers qu'au niveau national.

2.3.2.1. Le dilemme des directeurs d'hôpital

Les collaborateurs d'un directeur d'hôpital connaissent aussi bien que lui l'échéance de sa mission, et toute velléité de changement, d'innovation, vient butter sur cette réalité. Au bout d'un an ou d'un an et demi, le directeur en place songe déjà à son prochain poste ; s'il a dû affronter inertie et menaces sociales, son énergie à agir s'est érodée bien avant. De plus, les directeurs d'hôpital sont des généralistes, de haut niveau mais des généralistes. Changeant de fonction plusieurs fois durant leur carrière, ils se trouvent en situation d'encadrer des gens techniquement plus compétent qu'eux. C'est le cas de tous les managers mais la spécificité de l'Ecole nationale de la Santé publique (ENSP) est de ne pas être une école de management.

Cette école, en effet, a longtemps formé des personnels techniques dans les domaines de la comptabilité, de la direction du personnel et de l'achat public. Jusqu'au début des années 1980, les hôpitaux ignoraient la rareté en raison de leur mode de financement dit « au prix de journée ». Les directeurs d'hôpital ont longtemps été assujettis aux médecins en étant chargés de l'organisation des activités dites « support » (approvisionnement, émission des fiches de paie, maintenance...) : aujourd'hui encore, le directeur chargé des affaires économiques est appelé « économiste ». Dans les années 1980, le budget des hôpitaux ayant été inscrit dans une enveloppe fermée définie en début d'exercice, la raréfaction des moyens budgétaires a contraint les hôpitaux à une utilisation optimale des fonds alloués, et a donc transformé l'organisation support en organisation dirigeante, et les administrateurs en dirigeants hospitaliers. Or l'Ecole nationale de la Santé publique n'a pas suivi cette évolution : bien que la direction des hôpitaux du ministère de la Santé lui réclame des managers elle continue de former des gestionnaires.

La situation s'est encore compliquée après la création du corps des attachés d'administration hospitalière, destiné à faire correspondre l'organisation administrative des hôpitaux à celle de la fonction publique d'Etat. Désormais, les responsables d'unités administratives jusque là appelés « chef de bureau » sont regroupés dans un corps unique, constitués de personnels dotés d'une compétence technique pointue, le plus souvent blanchis sous le harnais et dénués de la vision plus globale qu'ont les directeurs adjoints : en d'autres termes, ce sont-là les collaborateurs idéals des chefs d'établissement qui sont enclins à jouer de cette ambiguïté. Les jeunes directeurs adjoints fraîchement émoulus de l'ENSP sont souvent vus sinon comme des concurrents directs, tout au moins comme des sources de perturbation.

Cette modification n'est pas qu'administrative et institutionnelle. En réalité, ce qui est pointé du doigt c'est le rôle dévolu aux directeurs adjoints au sein de l'organisation dirigeante des hôpitaux, en tout cas dans la conformation de compétences qui est actuellement la leur à la sortie de l'Ecole nationale de la Santé publique. Techniciens et gestionnaires, ils viennent directement en concurren-

rence avec les attachés, censés être leurs collaborateurs ; managers, ils s'intégreraient comme collaborateurs directs des chefs d'établissements et responsables hiérarchiques des attachés. Pour ce faire, il faudrait que l'Ecole nationale de la Santé publique se transforme en une école de management public spécialisées dans la formation – initiale et continue – des directeurs d'hôpital : c'est précisément l'objet de la création de l'Ecole des hautes études en santé publique et de la transformation de l'ENSP en institut du management intégré à cette dernière, mais il est encore trop tôt pour juger de la conformité de la réalité au projet...

Il serait intéressant d'analyser le positionnement des directeurs d'hôpital au sein des établissements, à la lumière notamment des enseignements de la sociologie des organisations. Leur situation en porte-à-faux influence leurs rapports avec l'organisation soignante, et tout particulièrement avec le corps médical.

2.3.2.2. Des moyens mal employés dans les établissements de santé

Volume et composition de la main-d'œuvre

Le nombre d'agents par types de métiers est révélateur de l'absence de gestion prévisionnelle des ressources humaines dans les établissements public de soins : on compte ainsi en France 20 cadres orthophonistes, 8 cadres psychomotriciens, 5 cadres pédicures podologues, 11 cadres orthoptistes... La comparaison entre les effectifs de certains métiers est tout aussi éclairante : alors qu'il y a plus de 16 000 agents d'entretien, il n'y a que 187 agents de désinfection, bien que la lutte contre les maladies nosocomiales soit une priorité dans les services de soins. Ces chiffres révèlent une absence de cohérence et de stratégie à moyen/long terme dans les décisions de recrutements.

Quand on entre dans le détail des métiers, on identifie l'une des sources majeures des difficultés rencontrées par les hôpitaux publics. Ainsi, les métiers de l'éducation et de l'accompagnement social (conseiller en économie sociale et familiale ; éducateur de jeunes enfants), de l'animation (animateur socioculturel), du management socio-éducatif (responsable d'unité socio-éducatif, responsable des services socio-éducatifs) peuvent-ils susciter aussi une discussion quant à nécessité de leur internalisation dans les structures de l'hôpital.

L'opportunité économique de ne pas externaliser les fonctions d'entretien, d'informatique, de blanchisserie, de restauration, de voirie et d'espaces verts, de sécurité, de transport, de bâtiment, devra un jour ou l'autre faire également l'objet d'une réflexion approfondie. C'est en revanche l'incompréhension qui domine à l'évocation d'autres types de métiers : cinéaste, vidéaste, reprographe, maquettiste, infographiste, photographe, technicien audio-visuel, webmestre, responsable culturel, conseiller juridique, analyste financier... A l'heure où le cœur de l'activité des hôpitaux est soumis à une pression financière sans précédent, on peut se demander s'il est bien raisonnable de continuer de faire prendre en charge ce type d'activité par des personnels des établissements de soins.

Les pistes de recherche pourraient donc s'articuler autour des instruments de gestion des ressources humaines dans les hôpitaux – actuels et à définir. Pour l'heure, la gestion des ressources humaines se fait sur la base quasi exclusive du fichier du personnel, c'est-à-dire sur un intitulé de métier ou de profession, sans tenir compte de la fonction réellement exercée. Or l'intitulé de métier ou de profession est un outil insuffisant pour gérer les ressources humaines. L'objectif serait de passer d'une gestion par l'intitulé à une gestion par la fonction, en empruntant s'il le faut les outils actuellement disponibles de la gestion des emplois et des compétences et en les adaptant à la spécificité de l'hôpital : la distinction entre activité de soin et activité non soignante. Tout particulièrement, la mise au point de nouveaux indicateurs de gestion par fonction et non pas par grade permettrait d'introduire une analyse différente des dotations relatives en personnel. La mise au point de nouveaux indicateurs par fonction devrait s'accompagner de passerelles avec les indicateurs actuels de gestion : autant les instruments de suivi de la masse salariale sont insuffisants pour gérer le personnel, autant ils demeurent indispensables. Il ne serait pas envisageable de rendre imperméables l'un à l'autre le suivi des salaires et celui des compétences.

Il pourrait être également très utile de penser l'articulation main d'œuvre interne/externalisation afin de contribuer à l'introduction du long terme dans les décisions stratégiques en termes de ressources humaines.

Gérer les départs à la retraite

Un autre axe de recherche serait d'estimer la façon dont les hôpitaux pourraient utiliser les effets du « *Papy boom* » à l'œuvre dans la fonction publique hospitalière. L'un des leviers majeurs d'action à disposition des hôpitaux pour faire varier le volume de leur personnel est, en effet, la perspective des départs massifs à la retraite consécutifs à la fin de la carrière des générations dites du « *Baby boom* ».

Or la déconcentration de la décision de non-renouvellement des départs à la retraite a conduit à stériliser les initiatives locales en ce sens. La gestion des établissements de santé est confiée à une direction locale, recrutée par le conseil municipal, lui-même dirigé par le maire de la commune. Les membres du corps des directeurs d'hôpital sont gérés au niveau national, en particulier s'agissant de leur nombre, puisque les concours de recrutement et le nombre de places qui y sont proposées sont organisés par le ministère de la Santé. Dans ce contexte, les chefs d'établissement ont tout à perdre à se lancer dans une épreuve de force avec une part importante du personnel dont ils assument la gestion quand, dans le même temps, ils sont engagés dans un rapport de pouvoir avec l'organisation médicale dont ils contrôlent peu ou pas le recrutement. L'appréciation qui est portée sur eux et, par voie de conséquence, la progression plus ou moins rapide de leur carrière, dépend pour une grande part de la paix sociale qu'ils savent conserver dans les hôpitaux dont ils ont la charge. Or refuser le remplacement des personnels partant à la retraite passerait pour une provocation aux yeux de nombreux agents – particulièrement ceux des services techniques, les plus nombreux à être syndiqués. Le caractère ponctuel de ces non-renouvellements obligerait de

surcroît à un recours parallèle à des prestataires extérieurs, accroissant d'autant les dépenses des hôpitaux déjà sur-contraintes par la nouvelle procédure budgétaire de l'EPRD.

Toute la différence avec la situation qui prévalait jusqu'alors tient donc à la concentration – concentration dans le temps et concentration dans l'espace du mouvement démographique auquel on assiste. La convergence du mouvement de départs sur une période limitée et dans un nombre plus restreints d'établissements peut permettre d'envisager un pilotage centralisé. Dans ces conditions, rien n'interdit d'imaginer la mise sur pied d'un fond de soutien à la transition – quand il y aura une redondance temporaire entre équipes internes et prestataires extérieurs – ainsi qu'une négociation au niveau national des conditions de non-renouvellement des départs à la retraite, qui permettrait de rendre possible ce qui ne l'est pas pour l'heure au niveau local. L'affirmation d'une volonté politique en ce sens allègerait considérablement la pression actuellement supportée par les directions locales d'établissement.

La priorité serait la substitution de prestataires extérieurs à la main d'œuvre ouvrière et technique interne, dont 6 agents sur 10 seront partis à la retraite d'ici 2015, sachant toutefois que pour assurer la permanence des soins et la continuité du service hospitalier, des équipes techniques, mobiles et polyvalentes devraient être maintenues dans chaque hôpital. Les corps de la filière ouvrière et technique les plus affectés par les départs à la retraite sont les agents d'entretien (12 % de la filière), les ouvriers professionnels (52,5 %), les maîtres ouvriers (16,5 %) et les contremaîtres (8,2 %).

Si l'on observe maintenant les établissements où cette évolution va se produire, on note que les membres de la fonction publique hospitalière sont concentrés dans un nombre limité d'entre eux. Les centres hospitaliers et les centres hospitaliers régionaux, qui totalisent 55 % des 1 084 établissements publics de santé, emploient 83 % des effectifs de la fonction publique hospitalière ; les centres hospitaliers spécialisés et les hôpitaux locaux, qui forment 41,5 % des établissements, emploient 16,7 % des effectifs. Le mouvement massif de départs à la retraite va donc se situer dans un nombre limité d'hôpitaux. Il pourrait donc être particulièrement intéressant d'établir une cartographie croisant métiers déclinants et établissements affectés par ce mouvement.

2.3.2.3. Des moyens mal employés au niveau national

L'espérance de vie à la naissance en France est d'un peu plus de 79 ans, soit la même que celle que l'on peut observer en Italie, légèrement inférieure à celle de l'Espagne et un peu supérieure à celle de l'Allemagne et du Royaume-Uni (78,5 ans). En regard de ce résultat en termes d'état de santé général de la population, on constate que la France compte 450 000 lits d'hôpitaux, soit davantage que le Royaume-Uni et l'Italie – on l'a vu plus haut, page 59 – avec 240 000 lits environ, mais nettement moins que l'Allemagne, dont les 700 000 lits s'expliquent pour partie par sa population de 80 millions d'habitants contre 60 millions pour la France. Si l'on raisonne par rapport à la population, l'Allemagne dispose de 8,6 lits par millier d'habitants contre 7,5 pour la France et

4,1 au Royaume-Uni. La répartition géographique des établissements permet de même d'infirmier la pertinence du lien entre nombre d'hôpitaux, distance vis-à-vis de ces derniers, volume et état de santé de la population.

Quand on affine l'observation sur le nombre d'hôpitaux, on se rend compte que l'excès se situe dans les hôpitaux de soins aigus, dans l'activité dite « MCO » (médecine, chirurgie, obstétrique), alors que les secteurs des soins de suite, de réadaptation, et de longue durée souffrent, quant à eux, d'un manque de structures d'accueil. Le vieillissement et l'amélioration de l'état de santé de la population accroissent les situations de dépendance et rendent nécessaire l'augmentation massive des structures de prise en charge des populations âgées – qu'elles soient malades, peu malades, ou pas malades du tout. Actuellement, ces structures font défaut, c'est là l'une des causes de l'engorgement des services d'accueil des urgences, en raison de la difficulté à trouver des lits « d'aval », tout particulièrement pour les personnes âgées.

Des travaux de recherche seraient donc utiles pour poursuivre – par le biais d'analyses géographiques – la mise en évidence de la surdotation de la France en établissements sanitaires et pour rapprocher cette situation de sa sous-dotatation en établissements de soins de suite et de longs séjours.

2.3.3. La nécessité d'identifier un effet-prix dans la gestion : le déficit budgétaire, un ballon d'oxygène pour les établissements

La question est donc d'établir une distinction entre les économies réalisables et les dépenses non contrôlables, et ce à la lumière des missions dévolues à l'hôpital public. A défaut, face à la nécessité de faire des économies et des gains de productivité, et sans réels moyens pour consentir à ces efforts, ce sont en effet les missions du service public hospitalier qui risquent de faire office de variable d'ajustement. La façon dont l'investissement a été sacrifié dans les années précédentes est là pour démontrer qu'affrontés à l'impossibilité d'agir, les directions d'hôpital ont fait le choix du sacrifice financier le moins risqué – en l'occurrence la réduction de l'amortissement.

Dans les budgets, identifier la part des dépenses sous contrôle et hors contrôle permettrait de voir en quoi il y a des tendances communes aux établissements de santé : en d'autres termes, d'isoler un effet-prix d'un effet-gestion dans le management financier et budgétaire des hôpitaux. Une fois ceci fait, il serait possible d'appliquer un taux d'évolution des budgets hospitaliers qui corresponde à une logique économique et organisationnelle. Identifier l'effet-prix des budgets hospitaliers mettrait à disposition des agences régionales de l'hospitalisation un outil puissant d'incitation à la bonne gestion et à la productivité. Pour l'heure, la définition du taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières porte indifféremment sur des dépenses contrôlables et incontrôlables ; si l'évolution prévisible du prix de ces dernières entraîne l'ensemble des dépenses au-delà du taux directeur, il n'y a plus d'effet incitatif puisque l'objectif est inatteignable.

Il serait particulièrement éclairant pour juger des réformes hospitalières actuelles, de démontrer en quoi les déficits budgétaires des années passées ont permis aux hôpitaux de répondre à leur mission. Il pourrait tout aussi éclairant de démontrer l'origine « culturelle » de ces dépassements, dans la mesure où pour la première fois l'hôpital a été confronté à la rareté. La rareté étant l'un des fondements de l'économie, cette confrontation récente a désarçonné les administrateurs hospitaliers, et a surtout révélé le refus – l'aversion parfois – des soignants pour les règles de l'économie.

2.4. Postures théoriques et outils méthodologiques

2.4.1. Les déterminants relevant d'un effet-prix

La mise en évidence de l'accroissement mécanique des dépenses, de l'augmentation des files actives de patients, des missions non financées ou trop peu, de la présence du secteur privé dans le secteur public, relève de l'analyse économique et de l'analyse financière ; dans certains cas, comptabilité et comptabilité analytique devraient être utilisées.

Pour mener des travaux de recherche évaluant la pertinence des réformes hospitalières actuellement mises en œuvre, en particulier sous l'angle de leur impact financier, il convient en effet de maîtriser l'environnement réglementaire des finances hospitalières, et de comprendre les règles qui régissent la détermination de leurs recettes et de leurs dépenses.

S'agissant de l'environnement réglementaire, les principes et les concepts de la comptabilité publique et du budget hospitalier devraient être sollicités. Il conviendrait de même d'utiliser certains des instruments de l'analyse financière des établissements de santé. Il en va également ainsi concernant les dépenses des hôpitaux : l'architecture comptable et la procédure budgétaire sont au centre de l'analyse qui peut être conduite sur le sujet.

S'agissant des recettes, l'évaluation des deux mécanismes de dotation actuellement en vigueur devrait être entreprise – la dotation globale et la tarification à l'activité – dans la mesure où cette dernière entre progressivement en vigueur. Les principes du PMSI (programme de médicalisation du système d'information) devraient aussi être utilisés.

2.4.2. Les déterminants relevant d'un effet-gestion

2.4.2.1. L'impuissance des directions d'hôpital

Cette impuissance s'explique en grande partie par l'absence de contrôle sur le recrutement médical, par le volume des dépenses qui demeurent hors du contrôle du management hospitalier, et par la sociologie des corps de direction de la fonction publique hospitalière.

Une double filière hiérarchique. L'organisation hospitalière est caractérisée par la coexistence de deux lignes hiérarchiques, dont l'analyse devrait emprunter à la sociologie des organisations,

notamment aux auteurs qui se sont penchés sur le sujet s'agissant de l'hôpital : Smith (1970) et Heydebrand (1973) en particulier, ainsi que Mintzberg (1982) dans sa description de la bureaucratie professionnelle.

Cette analyse devrait également se référer aux approches théoriques consacrées aux professionnels et aux non professionnels. S'agissant des professions, outre Dubar et Tripiier (1998), il faudrait recourir à la distinction entre fonctionnalistes (Carr-Saunders et Wilson, 1964 ; Parsons, 1966 ; Chapoulie, 1973 ; Pillon et Vatin, 2003 ; Spencer, 1883 ; Merton, 1957a ; Goode, 1957 ; Wilenski, 1964) et interactionnistes (Hughes, 1958 ; Bucher et Strauss, 1992 ; Becker, 1988), de même qu'aux développements plus récents de la sociologie des professions : Freidson (1984) ; Johnson (1972) ; Larson (1977) ; Abbott (1988).

La division entre professionnels et non professionnels n'est pourtant pas suffisamment détaillée pour décrire l'organisation interne des hôpitaux. Le groupe des professionnels se scinde lui-même en deux composantes qui regroupent les médecins, d'une part, et le personnel paramédical, d'autre part – cette césure renvoyant à la distinction entre professionnels et semi-professionnels. De son côté, le groupe des non professionnels se subdivise lui-même entre personnel administratif et personnel technique. Il conviendrait donc d'utiliser la description des semi-professions, notamment telle qu'elle est décrite par Toren (1969), Etzioni (1969) ou Scott (1965).

La sociologie des corps de direction. Pour analyser l'impuissance du management des hôpitaux, il faudrait également passer par une observation du corps des directeurs d'hôpital. Pour ce faire, les emprunts théoriques seraient variés. La sociologie des grands corps de l'Etat (Darbel et Schnapper, 1969 ; Suleiman, 1979 ; Birnbaum, 1977 ; Thoenig, 1987 ; Bourdieu, 1989) et celle du corporatisme d'Etat (Segrestin, 1984) seraient mises à contribution, de même que la sociologie des professions *via* sa description des cadres (d'Iribarne, 1986 ; Friot, 1996 ; Rivard et *al.*, 1982 ; Bauer et Cohen, 1982) et des professions libérales pour les rapports avec les médecins (Herzlich et *al.*, 1993 ; Arliaud, 1987 ; Aïch et Fassin, 1994).

Là aussi, la question des légitimités concurrentes devrait être prise en compte, de même que celle de l'identité professionnelle (Touraine, 1955 ; Sainsaulieu, 1988 et 1999 ; Dubar, 2000 et 2002).

2.4.2.2. Des moyens mal employés dans les établissements de santé

L'arbitrage à faire entre recrutement interne et externalisation des activités relève d'une composante désormais classique de l'analyse économique. A l'hôpital, cette estimation en termes de coût devrait prendre en compte deux éléments caractéristiques des établissements de soins : le décalage entre appartenance professionnelle « nominale » et appartenance professionnelle réelle, et l'impératif de continuité des soins.

La masse salariale représente environ les trois-quarts des dépenses des hôpitaux, et c'est dans ce domaine que s'observe particulièrement la médiocre utilisation des moyens consentis. Le décalage

entre appartenance professionnelle « nominale » (telle que définie par l'intitulé de poste qui détermine la rémunération) et appartenance professionnelle réelle (la fonction effectivement tenue) devrait être mis en évidence. Pour ce faire, il faudrait mobiliser les instruments définissant l'appartenance professionnelle « nominale » (nomenclatures, répertoires, corps, grilles de convention collective...), ceux combinant l'appartenance « nominale » avec les compétences mobilisables nécessaires – en particulier le Répertoire opérationnel des métiers et des emplois de l'ANPE – ainsi que les instruments de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) qui se focalisent davantage sur les fonctions exercées.

La description des fondements des indicateurs de gestion des ressources humaines et leur critique seraient adossés à la sociologie des professions, en particulier dans sa dimension descriptive des classifications professionnelles, des nomenclatures et des compétences (Trani et Denimal, 2004 ; Desrosières et Thévenot, 1988). Les bases méthodologiques des répertoires professionnels seraient interrogées, en particulier celle du Répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME) de l'ANPE. Cette méthode a été reprise par les concepteurs du répertoire des métiers de la fonction hospitalière, qui se sont également inspirés des préceptes de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, auxquels il faudrait également recourir.

La démarche initiée par l'ANPE dans le ROME est, en effet, tout particulièrement pertinente pour les hôpitaux dans la mesure où ils sont confrontés à la nécessité d'alléger leur tableau des emplois alors que la majeure partie de leurs effectifs appartient à la fonction publique hospitalière. Le changement de qualification et de postes apparaît donc comme l'une des solutions à privilégier ; dans cette perspective, la définition de compétences cognitives mobilisables permettrait de faire évoluer les personnels concernés en fonction de leurs capacités et pas seulement suivant leur filière professionnelle.

Ce sont également les instruments et les concepts de la GPEC qui permettraient de mener des recherches sur la mise au point de nouveaux indicateurs de gestion des ressources humaines dans les hôpitaux ou bien de définir les arbitrages à faire sous la contrainte des départs à la retraite consécutifs au « *Papy boom* ».

2.4.3. Des moyens mal employés au niveau national

Enfin, l'estimation de la médiocre utilisation des moyens du système hospitalier au niveau national devrait utiliser certains des moyens de la géographie de la santé, employés à la lumière de l'architecture générale du droit hospitalier, en particulier les règles encadrant la répartition des dotations aux hôpitaux : le double mouvement – ascendant et descendant – la demande en moyens des établissements s'agrégeant au niveau régional et rencontrant la décomposition à ce même niveau régional de l'ONDAM voté par le Parlement au sein de la loi de financement de la sécurité

sociale. Les nouvelles contraintes de la tarification à l'activité (T2A) devraient être intégrées à cette réflexion.

Les dotations relatives en établissements sanitaires devront donc s'analyser à la fois par le biais des besoins des bassins de vie étudiés, de l'état de santé de la population, mais aussi *via* la politique sanitaire nationale telle qu'elle s'exprime par les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), et par l'enjeu politique local que représente la présence d'un hôpital.

3. UNE CENTRALISATION DU POUVOIR DE DECISION DANS LES HOPITAUX JUGEE EXCESSIVE

En filigrane des réformes hospitalières actuellement mises en œuvre dans les hôpitaux se trouve la dénonciation d'une centralisation jugée excessive du pouvoir de décision ; dit autrement, les personnels soignants – au premier rang desquels le personnel médical¹⁰ – seraient insuffisamment associés à la gestion des établissements, ce qui expliquerait le caractère inapproprié d'un management quasi exclusivement confié aux directeurs d'hôpital. Ces derniers, éloignés de la réalité du terrain, privilégieraient une gestion bureaucratique au détriment d'une direction d'établissement adaptée aux spécificités des structures sanitaires.

La création des pôles d'activité et leur représentation au sein d'une nouvelle instance, le « Conseil exécutif » sont censées répondre à ce diagnostic mais n'apportent pas de réponse satisfaisante au problème décrit. Ce n'est pas un isolement bureaucratique et/ou une direction hyper-centralisée qui affectent le fonctionnement des hôpitaux mais une fragmentation institutionnelle propice à la lutte de pouvoir entre organisation soignante et organisation dirigeante.

3.1. Un diagnostic erroné

3.1.1. La structuration par pôles, une réforme insuffisante

La réforme consistant à structurer l'activité des hôpitaux autour de pôles d'activité plutôt que de services de soins constitue incontestablement un progrès ; il ne faut pas pour autant y voir une solution miracle, l'exemple des réformes passées inclinant à la prudence.

Le « patrimonialisme » est un des handicaps importants de gestion dans les établissements de santé, quel que soit leur statut ou leur mode de financement. Lits, matériels, personnels, sont considérés comme appartenant au service alors que c'est le service qui en réalité appartient à l'hôpital. Les pôles sont censés contribuer au dépassement de cette « Féodalité hospitalière » (Mélinand, 1974) en instaurant une gestion commune des moyens en équipements, en matériels et en personnels, pour l'instant peu ou pas partagés.

¹⁰ Médecins, pharmaciens, odontologistes.

Cette tentative de dépassement de l'esprit de clocher hospitalier s'accompagne du souci légitime d'associer les soignants à la gestion de leurs unités de soins et, plus globalement, de leur établissement. La constitution des pôles passe par la signature d'un contrat de délégation de responsabilité entre le chef d'établissement et les responsables de pôle – avec au premier chef le médecin coordinateur, le futur responsable du pôle. Les pôles sont représentés par leur médecin coordonnateur au sein du Conseil exécutif, nouvelle instance décisionnelle créée à l'hôpital.

Cette dévolution est destinée à associer les soignants à la gestion de leurs unités : les médecins par le biais du médecin coordinateur, les paramédicaux *via* le cadre de soins. Les promoteurs de la réforme en attendent une plus grande sensibilisation des soignants à l'administration des hôpitaux : en filigrane, encore une fois, on trouve une défiance certaine à l'égard des équipes de direction prétendument éloignées de la réalité des services.

En réalité, les pôles ne sont pas la panacée en termes d'organisation de l'activité des hôpitaux. En l'absence de solutions apportées aux véritables déterminants de la crise hospitalière, la seule modification tangible risque d'être une modification de l'échelle des difficultés. La délégation de moyens et de responsabilité, qui fonde le passage à une organisation par pôles d'activité, risque en l'état de conduire à une déconcentration au niveau des nouvelles unités d'activité des insuffisances organisationnelles constatées globalement à l'hôpital.

Les expériences similaires conduites dans le passé, et leurs résultats peu encourageants, contribuent au scepticisme quant à l'avenir des réformes organisationnelles actuelles. Les pôles ne constituent pas, en effet, la première tentative de dépassement du service et de décloisonnement de l'activité hospitalière, les fédérations de médecine et les centres de responsabilité visaient le même objectif¹¹, cependant que l'amendement dit « liberté »¹² a autorisé les établissements de soins à déterminer librement leur organisation interne. Ces trois dispositifs accordaient une marge importante d'autonomie aux établissements quant à leur gestion et à leur organisation interne. Pourtant, ils ont été peu utilisés. Que cela signifie-t-il ? Tout bonnement que les médecins et les chefs de services, n'ont pas vu d'intérêt à profiter de ces nouvelles modalités d'organisation. Il en va de même des chefs d'établissements qui n'ont pas jugé bon d'introduire ces réformes organisationnelles dans les établissements qu'ils dirigent... ou bien qui ne sont pas parvenus à le faire.

Quant au « patrimonialisme », son dépassement n'est pas acquis. En premier lieu, la création des pôles d'activité n'emporte pas nécessairement la suppression des services. Les hôpitaux sont incités à passer à une structuration par pôles, mais étant entendu que les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes –les services ou toutes autres unités créées avant le passage aux pôles. En d'autres termes, les pôles se surajoutent aux services plutôt qu'ils ne les remplacent. On peut donc légitimement s'interroger sur le dépassement des réflexes patrimoniaux à l'œuvre dans

¹¹ On n'évoquera pas le remplacement autoritaire des services par les départements de 1984 à 1987, qui a clairement démontré l'inanité de toute réforme introduite par la contrainte.

¹² Devenu l'article L. 6146-8 du code de la Santé publique.

les services, dès lors que ces derniers sont maintenus. Dans ces conditions, la création des pôles risque de conduire à la création d'un niveau supplémentaire dans la prise de décision plutôt qu'à un raccourcissement des lignes hiérarchiques.

Il n'est pas exclu que l'on assiste même à l'émergence d'un « patrimonialisme » de pôle, s'exprimant cette fois d'une manière différente. Si on peut espérer que l'intégration de plusieurs services dans un même regroupement, sur la base d'une cohérence de pathologies traitées, autorise enfin la mutualisation de certains équipements et de certains personnels, la répartition des moyens, des investissements, et des recrutements entre les différents pôles peut tout à fait susciter les mêmes réflexes que ceux déjà observés au niveau des services. Ces réflexes de groupe risquent même d'affecter les personnels non soignants affectés aux pôles : directeurs délégués et agents administratifs.

3.1.2. L'absence des médecins des équipes de direction

L'absence des médecins des équipes de direction, bien qu'expliquée par l'existence dans les hôpitaux d'une double filière hiérarchique, n'en reste pas moins à l'origine de nombreux dysfonctionnements. L'aberration de cette situation est que ce sont les membres du personnel médical – les médecins au premier chef – qui sont les producteurs de soins : à ce titre, ils déterminent la nature et le niveau de l'activité des établissements de soins ; pourtant, ils se regroupent au sein d'une filière indépendante – articulée autour des services aujourd'hui, et des pôles d'activité demain. L'appréciation portée sur les membres de cette filière reste à l'initiative des chefs de service, ce sont eux qui proposent leur recrutement, la poursuite ou la fin de leur contrat. A l'inverse, les médecins travaillent avec des collaborateurs paramédicaux qu'ils n'ont pas choisi, dans la plupart des cas, qu'ils n'évaluent pas ni ne notent. L'interface entre ces deux filières s'est fait par l'intermédiaire de la Commission médicale d'établissement (CME) instituée en 1991, sur la base en particulier de la relation personnelle établie (ou pas) entre son président et le directeur de l'établissement. Ce cloisonnement est clairement illustré par l'absence des médecins des équipes de direction, alors que toutes les autres catégories de personnels y sont représentées.

Officiellement destiné à établir la représentation des pôles dans l'hôpital, le Conseil exécutif est en fait censé pallier l'absence des médecins des équipes de directions des établissements publics en les associant à la prise de décision. L'inconvénient de cette formule est que, outre ajouter un nouvel organe dirigeant à ceux qui existent déjà, elle ne résout pas la question centrale de l'absence d'une structure unique d'arbitrage et de résolution des conflits.

Le dilemme des organisations s'articule autour de deux tendances contradictoires – la différenciation et l'intégration. A l'hôpital, l'action puissante de ces deux tendances s'illustre dans le caractère incomplet des équipes de direction. L'imperméabilité entre organisation dirigeante et organisation médicale entrave fortement la résolution des conflits – inhérents au fonctionnement de

toute organisation. Le problème de l'hôpital n'est pas qu'il y ait des oppositions et des conflits entre organisations concurrentes mais qu'il n'y ait pas de structure d'arbitrage de ces derniers : il est utopique d'imaginer que la transformation de l'organisation interne de l'hôpital pourrait aboutir à la suppression des oppositions. Or en dépit de l'existence de cinq organes décisionnels à l'hôpital, aucun ne rassemble l'ensemble de ses composantes et n'est donc fondé à prendre des arbitrages légitimes.

L'absence des médecins des équipes de direction est préjudiciable non pas parce que les décisions prises au sein de ces dernières ne seraient pas pertinentes mais parce qu'elles ne sont pas légitimes aux yeux des premiers intéressés, les producteurs de soins. L'un des reproches les plus fréquemment adressés par les médecins à l'activité de la direction de leur hôpital est la déconnexion des décisions prises par rapport à la réalité des établissements.

Quelle que soit la pertinence et la validité des préconisations formulées par la direction de l'hôpital, elles n'ont pas d'influence sur les services de soins parce qu'elles n'y sont pas reconnues. Elles émanent d'une organisation dont la légitimité est différente, parfois concurrente, de celle prévalant au sein de l'organisation soignante. De ce fait, les contraintes de gestion sont davantage appréhendées comme les instruments d'un rapport de pouvoir que la direction imposerait aux services, que comme des impératifs de bonne gestion nécessaires à la bonne marche des établissements de soins. C'est en grande partie cette prévention qui explique à quel point la diffusion des consignes d'organisation dans les services de soins est difficile et sujette à tous les malentendus.

En dépit de leur bonne volonté, les présidents des Commissions médicales d'établissement (CME) ne sont pas plus légitimes que les membres de la direction pour faire accepter la nécessité des contraintes de gestion parce qu'ils n'appartiennent pas à cette dernière : les médecins demeurent arc-boutés sur une posture de méfiance et de défiance à l'égard des décisions de la direction parce qu'ils n'en sont pas membres. Dans les hôpitaux universitaires, les directeurs ont inversement les mêmes préventions à l'égard des instances dirigeantes des facultés, s'agissant de la nomination des professeurs ou des maîtres de conférences : il est toujours difficile de faire siennes les recommandations d'une instance dont on est exclu.

3.2. Les véritables déterminants des difficultés actuelles de gestion dans les hôpitaux

3.2.1. Une organisation institutionnelle insuffisamment autonome, fragmentée, et donc inefficace

3.2.1.1. Autonomie de principe et tutelle au quotidien

Par principe, les hôpitaux sont maîtres de leur organisation interne, davantage encore – on l'a vu – depuis qu'un amendement dit « liberté » autorise le conseil d'administration d'un établissement

public de santé à arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'hôpital, dès lors que le projet d'établissement est respecté. Dans la pratique, peu d'hôpitaux ont opté pour cette liberté, non pas parce que les directeurs d'hôpital seraient plus timorés que d'autres hauts fonctionnaires de l'Etat ou des collectivités territoriales, mais parce que l'autonomie dans l'organisation interne ainsi accordée masque en réalité le corsetage du fonctionnement des hôpitaux. Les hôpitaux sont placés en effet sous une étroite tutelle : tant le ministère de la Santé, que les municipalités ou les agences régionales de l'hospitalisation ont une capacité d'évocation et de contrainte à leur égard – chacune à son niveau et dans son domaine.

Le ministère de la Santé dispose en premier lieu d'un pouvoir de nomination. Même s'il ne les choisit pas, c'est lui qui nomme les chefs d'établissement, les directeurs adjoints et, plus généralement, les membres de corps de fonctionnaires gérés au niveau national – tout particulièrement le corps des praticiens hospitaliers. Le ministère de la Santé édicte également les règles que les établissements devront suivre et appliquer : organisation des pharmacies hospitalières ; utilisation de matériels à usage unique ; nombre et qualité des personnels nécessaires au fonctionnement de lits dédiés à certaines activités (réanimation, soins intensifs...).

La gestion des hôpitaux est par ailleurs fortement déterminée par l'action des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Créées en 1996 par les ordonnances dites « Juppé », les ARH ont deux rôles : financier et organisationnel. Jusqu'à l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité, elles répartissent les enveloppes financières régionales entre les établissements publics et privés en tenant compte de l'activité des hôpitaux et des objectifs qu'elles négociaient avec eux tous les ans. Leur rôle a été renforcé en 2003 en leur transférant des compétences jusque là détenues par le ministre de la Santé ou le préfet – la sécurité sanitaire des établissements de santé tout particulièrement. Le second rôle de l'ARH porte sur l'organisation de l'hospitalisation publique et privée, avec, en particulier, l'élaboration des schémas régionaux de l'organisation sanitaire (SROS). A ce titre, elle a le pouvoir de suspendre ou de retirer des autorisations d'activité, ou d'en modifier le contenu. Les SROS ont, en effet, remplacé la carte sanitaire ; arrêtés pour une durée de cinq ans, leur objectif est d'adapter l'offre de soins aux besoins en santé de la population, par le biais notamment de leurs annexes qui sont opposables aux établissements de santé. Région par région des priorités sont définies auxquelles s'ajustent les autorisations d'installation. Pour prendre un exemple, l'autorisation d'installer un équipement biomédical dans un établissement est accordée par l'ARH en fonction du SROS de la région où se situe l'établissement demandeur.

Au niveau local, enfin, l'hôpital inscrit son activité dans la commune où il est situé, et dont il subit les contraintes. Le statut de premier employeur de la ville, de donneur d'ordre et de client le plus important, lui confère un poids déterminant dans la vie de l'agglomération et le place dans une position vulnérable. Le maire, président de droit du conseil d'administration, veille à ce que les intérêts de la ville qu'il dirige – et des électeurs qui l'élisent – soient préservés. Dans ces conditions, on imagine mal un chef d'établissement se séparer d'agents résidents non titulaires, passer

des commandes non soumises au code des marchés à des fournisseurs extérieurs à la commune, lancer des programmes d'économies qui se traduiraient par autant de pertes pour la municipalité.

3.2.1.2. Une surabondance d'instances de décision

L'impuissance du management des hôpitaux est renforcée par la fragmentation institutionnelle dont ils sont affligés. Cette profusion conduit à l'inertie parce que les organes décisionnels ne sont pas composés des mêmes catégories de personnels, ce qui provoque un découplage entre décision et application de la décision. Les hôpitaux publics hébergent en effet cinq catégories d'instances de décision : le Conseil d'administration, la Direction, la Commission médicale d'établissement, les instances paritaire et, depuis peu, le Conseil exécutif.

Le **Conseil d'administration** arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle, et délibère sur : le projet d'établissement et le contrat pluriannuel ; la qualité et la politique de sécurité des soins, les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; les questions financières ; l'organisation interne de l'établissement, ses structures ; la politique sociale ; les questions immobilières ; les politiques de coopération et de réseau de l'établissement. Sous l'effet de la « Nouvelle gouvernance », introduite par le plan « Hôpital 2007 », il a vocation à se recentrer sur les orientations stratégiques des hôpitaux, l'évaluation et le contrôle de leur mise en œuvre.

La **Direction de l'hôpital** a un pouvoir décisionnel fort, c'est en son sein que se prennent l'ensemble des décisions relatives à la stratégie de l'hôpital, aux recrutements non médicaux, aux décisions d'achat, aux arbitrages financiers, de travaux, d'équipement. Elle est composée des directeurs fonctionnels (finances, ressources humaines, achat, qualité), des ingénieurs (travaux, biomédicaux, informatique), du directeur des soins infirmiers et de la personne chargée de la communication.

Créé par la loi dite « hospitalière » de 1991 afin d'assurer la représentation des praticiens dans les établissements de santé, la **Commission médicale d'établissement** (CME) exerce une mission consultative à l'égard des questions d'ordre général ayant trait à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement. Elle dispose d'une autorité décisionnelle sur les questions à caractère individuel qui concernent les catégories de personnel qu'elle représente. En coordination avec le chef d'établissement (dans les hôpitaux locaux) ou le conseil exécutif (dans les autres établissements publics de santé), elle prépare les décisions dans ces matières.

Les **instances**, quant à elles, sont les organes qui assurent la gestion paritaire de l'hôpital dans plusieurs domaines. La commission administrative paritaire donne des avis « décisionnels¹³ » sur la carrière des agents titulaires ; le comité technique paritaire (équivalent dans le secteur public du comité d'entreprise) est consulté et émet lui aussi des avis quant à l'orientation de son activité, sa

¹³ Ces avis sont en pratique toujours suivis par la direction.

gestion financière ; le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est également consulté s'agissant des questions relatives à son champ de compétence.

Enfin, dans le cadre de la « Nouvelle gouvernance » hospitalière, l'association plus étroite des soignants à la gestion des établissements est censée se faire par le biais des **Conseils exécutifs**, qui doivent contribuer à rapprocher le monde médical et le monde administratif. Cette nouvelle instance paritaire, présidée par le directeur, est destinée à associer étroitement les médecins désignés par la Commission médicale d'établissement (CME) et les membres de l'équipe de direction autour de la préparation des projets liés à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens, en coordonner et en suivre l'exécution. Il prépare le projet médical ainsi que les plans de formation et d'évaluation ; il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de sauvegarde ou de redressement ; il donne un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et des chefs de services ; il désigne les professionnels de santé avec lesquels la commission des soins infirmiers peut conduire des travaux conjoints dans les matières relevant de ses compétences.

Les organes décisionnels de l'hôpital sont donc nombreux, et leurs domaines de compétences souvent redondants. Plus préoccupant encore, ce ne sont pas les mêmes types de personnel ou de représentants de métiers qui figurent dans ces différentes structures. Le chef d'établissement est fort logiquement présent dans chacune des cinq organes, assisté par un ou plusieurs de ses collaborateurs, selon son choix – la totalité quand il s'agit de l'équipe de direction. Le personnel médical¹⁴ est correctement représenté au conseil d'administration, ainsi qu'au sein de la CME et du conseil exécutif ; en revanche, il n'est pas présent dans l'équipe de direction et quasiment absent des instances paritaires (seuls les médecins du travail participent à ces dernières). Le personnel non médical (paramédical, administratif, technique et médico-technique) ne dispose que d'une représentation honorifique au conseil d'administration et dans la CME ; absent du conseil exécutif, il est en revanche fortement représenté dans les instances paritaires et dans l'équipe de direction. Le personnel technique n'est représenté qu'au sein de l'équipe de direction, par le biais des ingénieurs.

La dispersion des responsabilités et des représentations dans ces différents organes ne peut qu'amoindrir la légitimité des décisions prises dans chacun de ces derniers. A l'heure actuelle, l'absence des médecins des équipes de direction fait de la CME le lieu de validation des décisions stratégiques prise en comité de direction ; parfois même, suivant le rapport de force qui s'est établi entre le chef d'établissement et le président de la CME, c'est cette dernière qui tient lieu dans la réalité de comité de direction de l'établissement. Dans cette perspective, il est à craindre que le Conseil exécutif ne souffre du même handicap : les décisions prises de concert entre direction et

¹⁴ Qui, rappelons-le, comprend médecins, pharmaciens et odontologistes.

représentants du corps médical devront recueillir l'assentiment du personnel médical censément représenté pour les décisions qui le concerne, sauf à les rendre inapplicables en pratique.

3.2.2. Une lutte de pouvoir entre monde du soin et direction

3.2.2.1. La métamorphose de l'organisation support en organisation dirigeante

A l'origine, les non soignants assumaient des fonctions support à l'hôpital : approvisionnement, nettoyage, commandes de fournitures, restauration, etc. Présents dans les hôpitaux pour en assurer le fonctionnement matériel, on trouve les membres du personnel non médical non soignant principalement dans les filières administrative, technique et hôtelière. Jusqu'au début des années 1980, l'organisation support est dominée par l'organisation soignante, tout particulièrement par les médecins, c'est l'époque des « mandarins » durant laquelle les administrateurs hospitaliers ne disposent d'aucun pouvoir propre.

En 1983 se produit un basculement dans les rapports de force, sous l'effet de la mise en œuvre d'une nouvelle modalité de financement des hôpitaux, la dotation globale : une enveloppe budgétaire fermée, attribuée mensuellement, couvrant environ les trois-quarts des dépenses totales des établissements concernés – elles-mêmes encadrées désormais par un taux directeur d'évolution d'une année sur l'autre. Jusqu'à cette date, le financement des hôpitaux était à l'abri de la rationalité budgétaire, puisque calculé sur la base du système dit « au prix de journée » qui revenait en réalité à calculer les budgets sur la base d'une constatation des dépenses engagées l'année précédente. Les établissements de santé sont donc passés d'un budget ouvert *de facto* à un budget fermé, défini en début d'exercice budgétaire. En d'autres termes, ils ont été pour la première fois confrontés aux règles de l'économie : à la rareté et à son corollaire, la nécessité de la performance.

La réforme du mode de financement des hôpitaux a transformé l'organisation support en organisation dirigeante. La raréfaction des moyens budgétaires a contraint les établissements de santé à la performance et, par voie de conséquence, a considérablement accru le pouvoir des administrateurs en les mettant en situation de réducteurs de l'incertitude de l'organisation confrontée à son nouvel environnement. Dès lors que le financement des hôpitaux s'est raréfié, les intercesseurs de ce financement se sont vus accorder une valeur nouvelle et accrue. La gestion de l'abondance n'exige pas un niveau de qualification élevé ; affronter la rareté réclame une formation, une expérience, ainsi qu'un réseau. Ce qui a transformé l'organisation support en organisation dirigeante, c'est non seulement la position renforcée des administrateurs hospitaliers, formés à la gestion de la rareté, mais également l'importance prise par l'environnement de l'hôpital.

L'introduction du financement par dotation globale a donc placé les directeurs dans la situation d'intermédiaires vis-à-vis d'une nouvelle incertitude qu'ils étaient bien plus capables de contrôler que les professionnels des hôpitaux : la rareté budgétaire en a fait des experts, les a professionnalisés aux yeux mêmes des professionnels du soin. C'est cette transformation qui a fait naître une

lutte de pouvoir entre l'organisation soignante et l'organisation dirigeante – dès lors que cette dernière a cessé d'être une organisation support assujettie à l'activité des médecins.

Chargées de l'allocation optimale des ressources affectées au fonctionnement des hôpitaux, les directions sont devenues les partenaires d'un rapport de pouvoir noué avec les professionnels des hôpitaux. Dans ce contexte, l'organisation du travail dans les services de soins forme l'enjeu éminent de la lutte de pouvoir entre organisation soignante et organisation dirigeante, et la demande récurrente de moyens en personnel s'érige en moyen de rejeter la domination bureaucratique.

L'organisation soignante rejette la domination – réelle et/ou supposée – de l'organisation dirigeante parce que les priorités de cette dernière ne sont pas les mêmes que les siennes. Les membres de l'organisation soignante privilégient la prise en charge du patient, la vie et l'organisation des services de soins, et font prévaloir la logique du métier ou de la profession sur celle de l'institution au sein de laquelle ils exercent ; les membres de l'organisation dirigeante font prévaloir, quant à eux, la logique de l'institution à laquelle ils appartiennent, et de l'intérêt général plus globalement.

3.2.2.2. La réaction de l'organisation soignante

Les directions d'hôpital étant devenues les partenaires d'un rapport de pouvoir avec l'organisation soignante, les personnels de cette dernière ont réagi à cette nouvelle situation en cherchant à accroître en retour l'incertitude de l'organisation dirigeante à leur endroit. Les modalités d'accomplissement du travail des personnels de soins deviennent un facteur d'incertitude pour l'organisation dirigeante, l'opacité de l'organisation du travail dans les services de soins s'élevant en facteur de pouvoir : moins les administrateurs hospitaliers discerneront les modalités internes de fonctionnement des services de soins, moins ils seront à même d'y introduire des préconisations d'organisation.

Ce rapport de pouvoir apparaît notamment dans la gestion contrastée du temps. Les moyens d'un établissement de santé étant composés aux trois-quarts de personnel, le critère déterminant dans l'allocation des ressources est la gestion de l'activité, et donc du temps de travail des agents – en particulier ceux affectés dans les services de soins. Si le temps du soin se plie au temps de l'organisation, c'est le temps de l'institution qui prime – les services de soins risquant de subir la domination d'une organisation bureaucratique des horloges.

Dans ce contexte, l'organisation du travail dans les services de soins devient l'enjeu éminent de la lutte de pouvoir entre organisation soignante et organisation dirigeante, et la demande récurrente de moyens en personnel s'érige en moyen de rejeter la domination bureaucratique. Cette lutte de pouvoir s'observe principalement dans le domaine du personnel parce le soin est une activité de main d'œuvre, et parce que la question du recrutement forme un enjeu bien plus médiatisable que celui des équipements biomédicaux ou des bâtiments. Dit autrement, il est fort probable que les équipes de télévision et de radio se rendraient moins souvent faire des reportages à l'hôpital si elles

étaient conviés à témoigner de l'usure des gamma-caméras et des défauts de câblage de certains bâtiments ; la dénonciation du manque de personnel, en revanche, est un thème bien plus mobilisateur.

3.2.3. L'organisation hospitalière, une réponse aux contraintes et au contexte

L'organisation hospitalière actuelle n'est pas un construit abstrait et théorique, plaqué par hasard sur une organisation de soin. Elle forme une réponse aux contraintes du fonctionnement des hôpitaux et au contexte dans lequel il s'exerce. Les contraintes des hôpitaux s'incarnent tout particulièrement dans l'existence de deux filières hiérarchiques – l'organisation soignante et l'organisation dirigeante – et leur quasi étanchéité l'une par rapport à l'autre. Quelque que soit le nombre d'instances décisionnelles à l'hôpital, cette réalité-là ne pourra pas être contournée.

L'environnement de l'hôpital c'est au premier chef une organisation sanitaire extrêmement centralisée au niveau national, un personnel constitué presque en totalité de fonctionnaires, et une organisation interne marquée par une césure entre producteurs et administrateurs. Pour trouver une analogie dans le secteur marchand, il faudrait essayer de s'imaginer une fabrique de boulons dont le recrutement des ingénieurs se ferait par cooptation sans demander ou presque l'avis du chef d'entreprise ; où les collaborateurs des ingénieurs seraient nommés par le chef d'entreprise sans recueillir ou presque l'avis de ceux censés les diriger ; où le niveau de la production et les caractéristiques des machines-outils utilisées seraient fixées par le ministère de l'Industrie qui, au surplus, fixerait les spécifications auxquelles devraient répondre les boulons fabriqués.

Modifier *ex abrupto* l'organisation institutionnelle de l'hôpital sans apporter de réponse aux problèmes d'organisation interne qu'il affronte est une méthode qui a peu de chance de réussir. Plusieurs tentatives ont déjà été faites par le passé sans que les acteurs concernés utilisent les possibilités nouvelles qui leur avaient été offertes : là n'était pas leur intérêt. Par conséquent, les tentatives de modifier son management interne sans alléger les contraintes de l'hôpital et transformer profondément son environnement sont vouées à l'échec.

3.2.4. L'absence de *leadership* dans les hôpitaux

Le problème central de l'hôpital est son absence de *leadership* dû à l'existence d'une double filière hiérarchique : celle des médecins et celle de la direction. Le chef d'établissement dispose d'une autorité hiérarchique sur tous les personnels de l'hôpital, il recrute, procède aux nominations, évalue, note, sanctionne si nécessaire, une grande majorité des agents employés par l'établissement qu'il dirige – membres de l'administration et de la direction, personnels médico-techniques (laborantins, préparateurs en pharmacie, manipulateurs-radio, kinésithérapeutes, ...), agents des services techniques et personnels soignants – à l'exception notable des membres du

personnel médical. Ce dernier ne ressortit en rien à son autorité, quand bien même ses membres sont employés et payés par l'hôpital.

Officiellement destiné à établir la représentation des pôles dans l'hôpital, le Conseil exécutif est en fait censé pallier l'absence des médecins des équipes de directions des établissements publics en les associant à la prise de décision. L'inconvénient de cette formule est que, outre ajouter un nouvel organe dirigeant à ceux qui existent déjà, elle ne résout pas la question centrale de l'absence d'une structure unique d'arbitrage et de résolution des conflits. La question d'un dirigeant unique des hôpitaux demeure également posée.

3.3. Les pistes de recherche en gestion

A la lumière de ces éléments, il apparaît que les recherches à mener concernant la gestion hospitalière porteraient utilement sur : l'architecture institutionnelle de l'hôpital – actuelle et recommandée – ; les moyens institutionnels de réguler la lutte de pouvoir qui traverse les hôpitaux ; l'ajustement à opérer entre missions, financement et organisation interne ; les moyens de faire émerger un véritable *leadership* dans les hôpitaux.

3.3.1. Quelle nouvelle architecture institutionnelle pour l'hôpital ?

Il serait particulièrement intéressant de mener une recherche comparative sur les organisations institutionnelles des trois grandes sortes d'établissements de santé – public ; privé sans but lucratif et participant au service public hospitalier (PSPH) ; privé à but lucratif – et d'observer en quoi et dans quelle mesure leur missions, leur mode de financement et leur organisation interne interagissent. Tout particulièrement, la comparaison entre secteur public et PSPH serait éclairante : les deux types d'établissements ayant strictement la même mission et le même mode de financement, il faudra observer en quoi leur organisation interne diffère – ou pas – et ce qui peut justifier ou expliquer les similarités et les différences. Les rôles respectifs de l'organisation dirigeante et de l'organisation soignante devraient être étudiés dans les trois secteurs d'activité – soit globalement, soit par le biais de certains métiers ou professions emblématiques : directeurs, personnels paramédicaux, médecins...

L'autre point marquant, caractéristique de l'organisation institutionnelle de l'hôpital public, est – on l'a vu – l'absence des médecins des équipes de direction. Il conviendrait, cette fois encore, d'évaluer comparativement les raisons de cet état de fait dans le secteur public hospitalier et dans les secteurs privé, lucratif et non lucratif. L'objectif serait de découvrir les éléments explicatifs d'une telle absence alors que dans d'autres types d'établissements (privés lucratifs notamment) les médecins sont éminemment représentés dans les directions – quand ils ne sont pas eux-mêmes les propriétaires et les dirigeants de la structure où ils pratiquent.

La question centrale devrait être de découvrir si la composition des équipes de direction est déterminée par le « capital » de la structure, ou bien si elle ressortit davantage à l'état des rapports de force au sein de l'établissement de santé. Est-ce parce que les médecins possèdent les cliniques privées qu'ils en assurent la direction ? Est-ce parce que les directeurs représentent l'Etat qu'ils dirigent les hôpitaux publics ? Ou bien existe-t-il plutôt/aussi des ressorts sociologiques au positionnement actuel des médecins dans l'équilibre des pouvoirs à l'hôpital ? Dit autrement, les médecins sont-ils écartés de la direction des hôpitaux publics, ou bien n'ont-ils pas intérêt à ne pas en faire partie ?

A cette analyse en termes « d'organisation-structure », il conviendrait d'ajouter une recherche consacrée à l'hôpital pris comme « organisation-processus ». Ce serait-là l'occasion d'étudier l'influence de l'architecture institutionnelle sur la prise de décision, sur le niveau des coûts internes, sur les moyens dont l'hôpital public est doté en regard de son activité. Il conviendrait d'évaluer le prix payé par l'hôpital public en raison de son organisation. Cette approche ne serait pas réductible à sa dimension financière : il serait possible d'inscrire une telle démarche dans la réflexion actuellement menée sur la « performance » de l'hôpital, et la difficulté pour définir cette dernière.

Il serait également très utile, pour ne pas dire indispensable, de positionner l'organisation interne de l'hôpital public français par rapport à celle des principaux pays développés. Un discours dominant dans notre pays tend en effet à voir dans l'organisation du service public la source de tous les maux du système hospitalier national, l'origine de ses coûts jugés dispendieux ; or l'observation de ce qui se passe ailleurs ne confirme pas nécessairement le caractère atypique du modèle français, ni son inefficience.

Cette démarche permettrait de mettre en lumière les éléments nécessaires pour arbitrer dans une démarche habituelle de *benchmarking* : est-il plus important de se comparer aux autres ou de se comparer à soi-même ? Dit autrement, faut-il contraindre l'hôpital français à adopter d'autres modèles de fonctionnement ou bien faut-il œuvrer pour qu'il soit plus efficace à l'aune de ses propres critères ?

3.3.2. Les moyens institutionnels de réguler la lutte de pouvoir entre monde du soin et direction

3.3.2.1. L'hôpital, toujours une bureaucratie professionnelle ?

Les réformes actuellement à l'œuvre tiennent en réalité pour acquis que l'hôpital est toujours une bureaucratie professionnelle. Mintzberg (1982) décrit l'organisation professionnelle comme une bureaucratie, bien qu'elle soit décentralisée. Son fonctionnement, étroitement dépendant des standards de qualification de ses opérateurs professionnels, est stabilisé par des systèmes de classement à l'intérieur desquels les professionnels travaillent de façon autonome sous le contrôle de la profession. L'organisation professionnelle, caractérisée par une ligne hiérarchique très courte et

peu étoffée, par une technostructure ténue, est adossée à des fonctions de support logistique très développées.

Dans les bureaucraties professionnelles, la partie clé de l'organisation est le centre opérationnel dont les opérateurs disposent du pouvoir ; la spécialisation horizontale est importante et le regroupement en unités se fait par fonction et par marché ; la planification et le contrôle y sont faibles et les seuls mécanismes de liaison observables se trouvent dans sa partie administrative. La ligne hiérarchique est contrôlée par les professionnels, et l'accent est davantage mis sur la formation et la socialisation que sur la formation des comportements. Le centre opérationnel se caractérise par un travail qualifié, standardisé, empreint d'une grande autonomie individuelle.

Comme toute organisation, la bureaucratie professionnelle est le lieu de tensions entre ses composantes. On y observe une opposition entre identité professionnelle et identité institutionnelle, dans la mesure où le professionnel tend à s'identifier davantage avec sa profession qu'avec l'organisation où il la pratique. L'autre source de tensions à mettre en évidence est la propension des professionnels à obtenir, en plus du contrôle sur leur propre travail, le contrôle collectif sur les questions administratives qui les concernent. C'est la raison pour laquelle Mintzberg considère que, dans les bureaucraties professionnelles, les administratifs ne conservent leur pouvoir qu'à condition que leur action serve efficacement les intérêts des professionnels, et que les questions stratégiques soient sous le contrôle de ces derniers.

La bureaucratie professionnelle est donc une forme de structuration de l'activité caractérisée par une séparation tranchée entre professionnels et non professionnels, qui ont une vision radicalement différente de l'organisation où ils travaillent. La divergence d'objectifs, d'organisation et de contrôle interne entre ces deux entités rend inévitable leur affrontement, même si leurs points de convergence sont souvent ignorés.

L'hôpital a toujours été considéré comme l'exemple-type d'une bureaucratie professionnelle. Les réformes hospitalières en cours – EPRD, nouvelle gouvernance et T2A – ont vocation à s'appliquer à un hôpital encore vu comme tel, et à restaurer le rapport de force au bénéfice des médecins toujours considérés comme devant être les décideurs de dernier ressort.

L'EPRD (Etat des prévisions de recettes et de dépenses), on l'a vu, place *de facto* les équipes de direction sous tutelle de la communauté médicale et des organisations représentatives du personnel non médical, habilitées à saisir conjointement le conseil d'administration de l'hôpital de toute dérive financière : la direction de l'établissement de santé est ramenée vers son rôle d'organisation support. La « Nouvelle gouvernance » hospitalière, quant à elle, instaure un nouveau niveau de regroupement des services de soins – le pôle – doté d'une autonomie accrue, d'un budget et d'une capacité de décision. Là encore, il est considéré que l'autonomie des médecins dans la conduite de l'hôpital où ils exercent doit être restaurée – les problèmes rencontrés par les hôpitaux ressortissant *a contrario* à la dérive bureaucratique des directions d'établissement qui ont outrepassé leur

rôle. Le Conseil exécutif, nouvelle instance représentative des pôles dans les hôpitaux, se voit chargé d'un pouvoir de décision dont les médecins n'étaient pas dotés jusqu'alors. La tarification à l'activité, enfin, ajuste presque mécaniquement le financement des hôpitaux à l'activité des services de soins, mettant encore plus l'accent sur le caractère prépondérant de la communauté médicale à l'origine de l'activité soignante.

Le problème est que l'hôpital n'est plus une bureaucratie professionnelle, ainsi qu'il l'a été démontré dans ma thèse de doctorat. En mettant en évidence la prédominance de la fonction effectivement exercée dans la structuration des groupes professionnels, et la lutte de pouvoir à l'œuvre entre organisation soignante et organisation dirigeante, ma thèse a infirmé la pertinence du concept de bureaucratie professionnelle – en tout cas appliqué à l'hôpital – s'inscrivant ainsi dans un mouvement de réflexion déjà entamé. Dès lors que l'on envisage l'appartenance professionnelle sous l'angle des fonctions effectivement tenues et à partir de leur influence sur le sentiment d'appartenance, la séparation entre professionnels et non professionnels n'est plus aussi marquée que décrite communément.

La solution à ce découplage institutionnel passe par la mise sur pied d'une instance représentative de toutes les composantes de personnels des établissements de santé. L'instance la plus proche de cet étiage est le comité de direction, auquel ne manque plus qu'une représentation médicale. De même qu'il existe une direction des travaux, une direction des soins infirmiers ou une direction des finances, on pourrait imaginer que les comités de direction des hôpitaux soient complétés par une direction médicale – la logique voulant que le médecin à sa tête soit le président de la CME en tant qu'il est élu par ses pairs pour les représenter. Dès lors, le comité de direction serait représentatif de l'ensemble de l'établissement, accroissant d'autant la légitimité de ses décisions, et faisant de lui la structure d'arbitrage des conflits.

3.3.2.2. Un foisonnement institutionnel à l'origine d'une absence de *leadership* dans les hôpitaux

Depuis le début des années 1980, l'organisation support s'est métamorphosée en organisation dirigeante, se plaçant ainsi dans une lutte de pouvoir avec l'organisation soignante, qui a réagi à cet avènement. Les réformes hospitalières actuelles se mettent donc en œuvre dans un contexte qui n'a plus cours. Le problème de l'hôpital en réalité n'est pas qu'il s'y déroule une lutte de pouvoir – Crozier et Friedberg (1977) ont abondamment démontré que les rapports de pouvoir étaient consubstantiels de l'organisation – le problème central de l'hôpital est qu'il n'est pas doté d'une instance d'arbitrage des conflits.

La multiplication d'instances de décision et l'existence d'une double filière hiérarchique conduit à l'absence de véritable *leadership* dans les hôpitaux : aussi étonnant que cela puisse paraître, les établissements publics de santé n'ont pas de patron unique, mais voient à leur sommet la coexistence d'un responsable hiérarchique – le directeur de l'hôpital – sur les filières médico-techniques, soin-rééducation, administrative et technique, et d'une communauté de chefs de services exerçant

leur « influence décisionnelle » sur leurs collaborateurs. L'interface entre les deux groupes s'établit par la Commission médicale d'établissement, aujourd'hui doublonnée par le Conseil exécutif.

Dans la mesure où la structure institutionnelle actuelle de l'hôpital est la résultante des rapports de force entre les différentes organisations qui le composent, la modification exogène de son organisation institutionnelle serait vouée à l'échec. C'est la raison pour laquelle, il serait intéressant qu'une recherche soit conduite sur les déterminants de la structure institutionnelle de l'hôpital, sur les rapports de force qu'elle exprime. Une fois cette « cartographie » conduite, des préconisations organisationnelles pourraient être avancées.

Le handicap majeur des hôpitaux étant d'être affecté d'un bicéphalisme décisionnel, il conviendrait également de voir sous quelles conditions ils pourraient être dotés d'une structure centrale de direction, et qui devrait en assumer la responsabilité. Il serait utile qu'une recherche s'interroge enfin sur le fait de savoir si les hôpitaux doivent continuer d'être dirigés par des administrateurs ; s'il faut que ce soit un représentant de l'organisation médicale qui soit porté à leur tête, assisté par des directeurs d'hôpital ; ou bien s'il faut que l'autorité hiérarchique du chef d'établissement finisse pas s'étendre à l'ensemble des personnels travaillant dans la structure qu'il dirige. Cette étude pourrait se faire de manière comparative, en particulier vis-à-vis des centres de lutte contre le cancer, dirigés par un médecin directeur.

3.3.2.3. Une dévolution croisée des pouvoirs

Cette rationalisation des instances dirigeantes devrait également avoir pour corollaire une dévolution croisée des pouvoirs entre organisation soignante et organisation dirigeante, poussant ainsi à son terme la logique des pôles. Les établissements de santé étant affligés d'une double filière hiérarchique, les médecins conduisent l'activité dans les services avec des personnels paramédicaux qu'ils n'ont pas recruté ni souvent choisis, qu'ils ne notent ni ne rémunèrent ; à l'inverse, les équipes de direction assurent la gestion d'établissements dont l'activité de soins ressortit au travail de médecins qu'ils n'ont pas recrutés et dont ils ne gèrent pas la carrière.

Pour assurer un minimum de cohérence dans la gouvernance des hôpitaux, il conviendrait qu'une part du pouvoir de l'organisation soignante soit dévolue à l'organisation dirigeante, en particulier s'agissant de la nomination des producteurs de soins. En effet, l'activité d'un établissement de santé ressortit au premier chef au profil des médecins : de leur nomination découlent l'activité de l'hôpital, le recrutement des personnels paramédicaux, l'investissement biomédical, et les dépenses. Il est donc difficile d'exiger d'un directeur d'hôpital qu'il respecte le budget alloué à son établissement alors qu'il ne dispose même pas d'un droit de regard sur l'affectation des praticiens qui y exercent. Il serait donc intéressant de voir dans quelle mesure et sous quelle forme un droit de regard pourrait être accordé au chef d'établissement quant au profil des médecins affectés dans son établissement – cette recherche s'inscrivant dans la polémique récente sur la nomination des

praticiens hospitaliers dans les hôpitaux publics. Serait-ce là un pouvoir discrétionnaire de veto offert au directeur d'hôpital ? Ou bien la capacité de vérifier l'adéquation du recrutement de tel ou tel praticien avec le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens de ce dernier ?

Symétriquement, il conviendrait également de voir comment une partie du pouvoir bureaucratique pourrait être rétrocédée à l'organisation soignante. Ce transfert devrait-il se limiter à l'assentiment donné par les chefs de services à l'affectation de personnels paramédicaux dans leurs unités de soins ? Ou bien faudrait-il qu'une dévolution réelle du pouvoir bureaucratique soit budgétairement rationnelle, c'est-à-dire soit fondée sur une opération vérité quant aux dépenses engagées, sauf à exporter les dépassements budgétaires des établissements vers leurs pôles ?

3.3.3. La « percolation » de la légitimité bureaucratique

3.3.3.1. Deux légitimités concurrentes à l'hôpital

Cette opposition de culture détermine une confrontation de légitimité à l'œuvre dans les établissements hospitaliers, la légitimité de la connaissance opposée à celle de l'intérêt général. La légitimité bureaucratique à l'œuvre dans les établissements de soins est une légitimité publique, de l'intérêt général. Quel que soit le pays et le mode de financement, les établissements de santé contribuent au premier chef à la politique sanitaire et à l'état de santé de la population. A ce titre, le fonctionnement des hôpitaux – publics ou privés – relève de l'intérêt général, d'autant plus que le budget de la majorité des établissements de santé est abondé par financement public.

La légitimité de l'organisation soignante, quant à elle, est une légitimité de la connaissance. La légitimité charismatique des médecins se compose à la fois du caractère légitime de l'acte de guérir et de la connaissance globale de la médecine sur laquelle s'appuie leur compétence. Cette légitimité s'exprime par le réseau de revues et d'articles scientifiques *via* lequel la connaissance médicale est évaluée, transmise, validée.

La légitimité du savoir, adossée à l'exigence de qualité des soins, de satisfaction du patient et de santé publique, s'oppose donc à la légitimité bureaucratique, garante de l'intérêt général et, par là, de l'utilité sociale des moyens engagés. Ces deux légitimités ont une forte composante externe : la légitimité du savoir est étayée par les progrès de la connaissance médicale – tout particulièrement dans les centres hospitalo-universitaires (CHU) ; la légitimité bureaucratique, quant à elle, est l'expression déconcentrée d'une volonté politique quant aux objectifs nationaux de santé publique.

3.3.3.2. Faire « percoler » la légitimité bureaucratique

Il serait donc très intéressant d'explorer les mécanismes de diffusion de la légitimité bureaucratique, la légitimité de l'intérêt général, au sein des services de soins. Une des raisons, en effet, de l'opposition entre organisation soignante et organisation dirigeante est que les préconisations de la

direction en termes rationalité économique sont peu ou pas légitimes du tout aux yeux des personnels des services cliniques.

Compte tenu du lien puissant liant l'exercice d'un *leadership* avec la légitimité afférent aux décisions prises par le manager qui en est dépositaire, la carence dans ce domaine constatée dans les hôpitaux conduit à une dévalorisation, à une absence de légitimité, des décisions prises au nom de l'intérêt général. Alors que l'action de soin est validée – y compris dans les unités administratives – en raison notamment de la légitimité charismatique des praticiens – la légitimité bureaucratique ne se diffuse pas, ou pas suffisamment, dans les services cliniques en raison de l'absence de légitimité de ceux dont elle émane.

Il serait utile d'explorer l'impact de la rétrocession aux médecins d'une partie du pouvoir de l'organisation dirigeante des hôpitaux, tout particulièrement sur les mécanismes de diffusion de la légitimité de l'intérêt général. Quels que soient son activité ou son statut, le positionnement du *leader* en termes de légitimité, d'opinions, de recommandations de bonnes pratiques, influence la pyramide hiérarchique – formelle ou informelle – au sommet de laquelle il est placé. Ses actes, son attitude, ses propos, son discours, ses recommandations, descendent en cascade dans le groupe professionnel dont il a la responsabilité : ils sont acceptés, commentés, critiqués, rejetés, mais ils font foi en tant qu'émanant d'un individu dont la fonction est de servir d'exemple.

3.4. Outils théoriques et méthodologies utilisés

3.4.1. Outils théoriques à utiliser

3.4.1.1. Une organisation institutionnelle fragmentée, donc inefficace

Des deux grandes familles d'approche de la sociologie des organisations – l'analyse de l'organisation à partir de l'action sociale de ses membres, et la compréhension de l'organisation à partir des caractéristiques de son fonctionnement et des éléments de son environnement – c'est cette dernière qui serait privilégiée pour évaluer le degré de fragmentation de l'organisation hospitalière.

Le concept d'action organisée de Crozier et Friedberg (1977) viendrait à l'appui de la distinction entre organisation en tant que structure et organisation en tant que processus. En ce qui concerne l'organisation vue comme un processus, les auteurs à utiliser seraient : Touraine (1955) ; Dickson, Roethlisberger et Wright (1947) ; Merton (1957b), Selznick (1980), Strauss (1992). Les typologies d'organisation seraient mises à profit, en particulier celle de Mintzberg (2004), mais aussi celles de Parsons (1960), Blau (1962), Scott (1965), Katz et Kahn (1966), Francfort et *al.* (1955). Les théories de la bureaucratie et de ses dérivés devraient être également revisitées : Weber (1995) ; Merton (1936) ; March et *al.* (1958) ; Crozier (1963) ; Buchanan et Tollison (1972) ; Tullock (1998) ; Niskanen (1996).

Afin d'analyser l'influence du contexte sur l'organisation interne de l'hôpital, il faudrait avoir recours à la sociologie de la santé, notamment dans sa dimension d'analyse de la profession médicale – Hatzfeld (1971) ; Parsons (1951) ; Merton (1957a) ; Freidson (1984) – ou d'évaluation des institutions et des politiques de santé : Goffman (1968) ; Strauss (1992) ; Béjean (1997) ; Immergut (1992) ; Hassenteufel (1997), Herzlich (1970).

S'agissant de l'organisation hospitalière par elle-même, on citera comme approches théoriques : l'existence de deux lignes d'autorité (Lentz, 1957 ; Smith, 1958 ; Solon *et al.*, 1958) ; la technologie comme déterminant de la structure de pouvoir (Perrow, 1965) ; l'existence de deux formes de légitimité (Goss, 1963 ; Steudler, 1973) ; l'opposition entre une logique de l'institution et une logique de la profession (Pauly, 1980 ; Pauly et Redlich, 1973 ; Evans, 1984) ; la montée en puissance des administrateurs hospitaliers (Owen, 1962 ; Wilenski, 1964) ; le lien entre taille de l'administration et taille de l'organisation (Anderson et Varkov, 1961) ; le rôle du patient dans l'organisation hospitalière (Henderson, 1935 ; Argyris, 1956) ; l'application de la théorie des relations humaines à l'organisation hospitalière (Burling *et al.*, 1956).

Le dilemme que doivent affronter les organisations entre intégration et différenciation s'appliquerait également très utilement à cette analyse. Parmi les auteurs sollicités, on peut citer : Lawrence et Lorch (1967) ; Blau et Scott (1962) ; Cyert et March (1963) ; Hall (1972) ; Pugh *et al.* (1987) ; Francfort *et al.* (1995) ; Engel *et al.* (2000), ainsi que Contandriopoulos et Souteyrand (1996) sur le financement de l'hôpital plus spécifiquement. La sociologie des professions serait également sollicitée, en particulier *via* la question de l'appartenance professionnelle et le fait de savoir si c'est la logique de la profession ou la logique de l'institution qui prévaut dans le positionnement des acteurs au sein de l'organisation. On aurait notamment recours à : Pauly (1980) ; Evans (1984) ; Thévenet (1999) ; Lemoine (2004).

Enfin, la comparaison du système hospitalier français avec celui d'autres pays développés s'adosserait aux préceptes de l'économie de la santé. Mais une telle recherche ne pourrait pas faire l'économie d'une réflexion sur les concepts de performance appliqués à l'hôpital, et sur le lien existant entre management et performance. A ce titre, devraient-être sollicités : Champagne et Trabut (2002) ; Champagne *et al.* (2005) ; Contandriopoulos et Souteyrand (1996) ; Claveranne et Pascal (2004) ; Minvielle et Grenier-Sennelier (2001) ; Lombrail *et al.* (1999).

3.4.1.2. Les moyens institutionnels de réguler la lutte de pouvoir entre monde du soin et direction

Afin d'identifier les modalités de régulation de la lutte de pouvoir entre organisations concurrentes, il conviendrait de revisiter les différentes dimensions du pouvoir : la causalité (Simon, 1957 ; Riker, 1964 ; March, 1966) ; l'intentionnalité (Friedrich, 1963) ; le pouvoir dans les réseaux d'échange (Cook et Emerson, 1978) ; le rapport entre pouvoir, structure et domination (Giddens, 1979 ; Chazel, 1983) ; la résistance au pouvoir (Weber, 1995) et son corollaire l'émergence de conflits manifestes, masqués ou latents (Lukes, 1974), et les gains à en tirer (Parsons, 1963). Les

méthodes et les niveaux de résolution des conflits seraient également utilisés, en particulier tels que ceux décrits par Lawrence et Lorsch (1967). La description de l'absence de véritable *leadership* dans les hôpitaux et ses conséquences s'adosserait aux théories consacrées à ce thème : Lewin (1953), Gouldner (1954), Etzioni (1965), Cartwright (1965), Katz et Kahn (1966), Jacobs (1971).

Bien évidemment, l'analyse stratégique serait mise à profit dans l'analyse consacrée au pouvoir (Crozier, 1963 ; Crozier et Friedberg, 1977) – en particulier dans l'évaluation du rôle de l'incertitude et des zones d'incertitude dans le rapport de pouvoir. L'incertitude chez Crozier et Friedberg devrait sans doute être confrontée à la façon dont elle est envisagée dans le cadre des théories de l'échange social (Blau, 1964 ; Molm, 1997 ; Kollock, 1994).

Il conviendrait aussi de confirmer que l'hôpital n'est plus une bureaucratie professionnelle – si tant est qu'il en ait jamais été une –, le concept lui-même devant être revisité chez Mintzberg (1982). La critique devrait s'adosser à cette relecture et s'interroger sur la pertinence de la division professionnels/non professionnels à l'hôpital, notamment en sollicitant le concept de semi-profession (Etzioni, 1969) et le positionnement des administrateurs hospitaliers, professionnalisés par leur situation de réducteur d'incertitude de l'organisation confrontée à son nouvel environnement (Friedberg, 1988).

L'existence d'une lutte de pouvoir entre organisation soignante et organisation dirigeante, ainsi que ses conséquences en termes de structure organisationnelle devrait recourir tout particulièrement à la description de la montée en puissance des administrateurs hospitaliers par Owen (1962) et Wilenski (1964). L'analyse stratégique serait aussi sollicitée pour se pencher sur la question de la dévolution croisée de pouvoir entre organisation soignante et organisation dirigeante.

3.4.1.3. La « percolation » de la légitimité bureaucratique

La question de la légitimité devrait être traitée à partir des différents angles autour desquels s'est construit cet enjeu de la sociologie : les types de légitimité et de domination (Weber, 1995) ; les relations entre centres de pouvoir (Stinchcombe, 1968) ; l'adhésion et la résistance (Friedrich, 1963) ; la croyance en des valeurs (McClosky, 1964 ; Pakulski, 1987 ; Partridge, 1971) ; le calcul rationnel (Breuer, 1991 ; Dagger, 1997).

L'évaluation des modalités de diffusion de l'impératif gestionnaire aurait recours à l'analyse des mécanismes de propagation de l'innovation, des comportements, des préférences : diffusion par extension ou par migration (Durkheim, 1930 ; De Tarde, 1993) ; diffusion par communication impersonnelle ou personnelle (Coleman, Katz et Menzel, 1966 ; Rogers et Shoemaker, 1971) ; verticale ou horizontale (Katz et Lazarsfeld, 1955).

De même, la question de la diffusion de la légitimité de l'intérêt général, des bonnes pratiques en matière de gestion, solliciterait la théorie de la percolation (*Trickle Down Theory*), après avoir

revisité les développements consacrés par Gabriel de Tarde au concept de « Château d'eau social ». A cet égard, un détour devrait sans doute être fait par la sociologie de la communication, notamment *via* le concept de *Two Step Flow* (Katz et Lazarsfeld, 1955) qui, s'inspirant des travaux de De Tarde, suggère un flux de communication en deux étapes : d'abord vers un nombre restreint de personnes, qui en répercutent secondairement le message à leur entourage. Les modalités de l'influence devraient être également parcourues : l'identification, l'intériorisation, la dépendance informationnelle, la dépendance normative.

3.4.2. Méthodologies à mettre en oeuvre

Le recours à l'enquête quantitative, fondée sur les réponses à des questionnaires adressés en nombre par courrier se heurte à plusieurs obstacles : le volume d'enquêtes diverses dont les hôpitaux font l'objet ; le fort décalage constaté entre le discours des personnels des hôpitaux et la réalité de leur pratique ; la force du non-dit dans les situations à analyser.

La directivité dans les entretiens suscite une forte résistance, comme l'a montré la conduite de l'enquête empirique de ma thèse. Le questionnaire utilisé, fondé principalement sur des mises en situation fictives, laissait un choix réduit entre deux ou trois options de réponse – à compléter éventuellement par des explications à la discrétion de la personne enquêtée. Cette méthodologie a suscité interrogations et résistance, les personnels interrogés étant manifestement dérangé par l'impossibilité dans laquelle ils étaient placés de moduler leurs réponses. La mise en situation fictive n'est pas remise en cause par cette observation – bien au contraire –, mais elle doit uniquement sous-tendre la grille d'entretien mise au point comme base de l'entretien.

Il conviendrait également de tenir compte des contraintes inhérentes au fonctionnement d'un service de soins qui ne permettent pas d'éloigner trop longtemps les personnels de leur poste de travail. C'est la raison pour laquelle les observations en situation de travail suivies de demandes d'explications, les raisonnements à haute voix pendant l'exécution d'une tâche, les enregistrements vidéo, ne seraient pas envisageables – et ce également pour une question de confidentialité. La solution de l'entretien de groupe devrait être tout autant écartée, les contraintes spécifiques du travail en établissement de santé ne permettant pas de réunir huit à dix personnes en même temps. Quand bien même elle serait possible d'un point de vue pratique, cette dernière technique serait invalidée par les rapports hiérarchiques – formels ou informels – régnant entre les personnes à interroger. Il n'est pas envisageable d'espérer obtenir des réponses spontanées et franches en réunissant un chef de service, une secrétaire médicale, un médecin, le chef d'établissement, une infirmière, un directeur adjoint...

Ma connaissance de l'hôpital et de les enquêtes que j'ai conduites par le passé auprès des personnels de l'hôpital ont mis en évidence que le meilleur « rendement » en termes de pertinence des

informations recueillies provient d'entretiens libres, ou semi-directifs, conduits sur la base d'une grille préalablement conçue – quand bien même ce type d'entretiens suscite la production d'un « bruit » important. C'est cette méthode qui devrait tout particulièrement être utilisée pour mener à bien des travaux de recherche consacrée au niveau de centralisation du pouvoir de décision dans les hôpitaux.

S'agissant de la fragmentation institutionnelle de l'hôpital, le décalage entre son organisation formelle et son organisation informelle devrait être mis en évidence. Pour ce faire, les techniques de la sociométrie (Moreno, 1954 ; Northway, 1964) devraient être utilisées. La cartographie des relations hiérarchiques et fonctionnelle au sein des hôpitaux devrait être complétée par une évaluation des réseaux d'affinités (Maisonneuve, 1966), des systèmes d'interaction au sein des groupes et des sous-groupes professionnels constituant l'hôpital – ou bien entre eux : qui intervient ? qui communique avec qui ? qui exerce une influence et sur qui ? Cette estimation des affinités interpersonnelles, des mécanismes de l'influence et du *leadership*, pourrait utiliser la théorie des graphes (Berge, 1958 ; Harary et al., 1968) ou d'autres instruments de cette discipline : tableau sociométrique, tableau des dyades, sociogramme (Bastin, 1966).

4. UNE ORGANISATION DU TRAVAIL DEFICIENTE DANS LES SERVICES DE SOINS

4.1. Un diagnostic erroné

4.1.1. Un manque de personnel non corroboré par l'observation chiffrée

L'un des arguments principaux avancés comme explication de la crise de l'hôpital public serait un manque de personnel. Les patients allongés sur des brancards dans les services d'urgence, les délais d'attente pour un rendez-vous de consultation, la dégradation dénoncée des conditions de travail... autant de symptômes, selon certains, de cette carence d'agents dans les établissements publics de soins.

Pourtant, on l'a vu, la France compte 1,2 million d'emplois dans ses hôpitaux, soit autant qu'en Allemagne, alors que ce dernier pays compte 20 millions d'habitants et 250 000 lits hospitaliers de plus. En dépit de ce nombre important de salariés dans ses hôpitaux, la France apparaît paradoxalement comme un pays pauvrement doté en personnels de soins rapportés au nombre de lits. L'explication se trouve dans la dispersion excessive des personnels de soins entre un nombre particulièrement élevé de structures de santé.

La dotation relative en personnel des établissements publics de santé ne doit donc pas s'évaluer exclusivement au niveau local, mais doit surtout être interprété comme le symptôme de la dispersion préoccupante des moyens sanitaires hospitaliers entre un nombre trop élevé d'établissements,

au demeurant d'une taille trop réduite. La démographie de profession de santé devrait également être abordée en tenant compte de cette dimension. A ce constat, se surajoute celui d'un champ excessivement ouvert dans la répartition des compétences au sein du personnel des hôpitaux publics.

4.1.2. L'exemple des urgences

Au vu des chiffres ci-dessus, il apparaît que les moyens en personnel font office de variable d'ajustement dans une organisation inefficace. On peut même ajouter, paradoxalement, que l'inefficience de l'organisation actuelle des hôpitaux est telle que tout accroissement du volume de personnel conduit à un accroissement de cette inefficacité à due concurrence des effectifs recrutés. Le cas des services d'accueil des urgences est patent en ce domaine.

Tout confondus¹⁵, secteur public et secteur privé, on compte ainsi 622 unités d'accueil des urgences sur le territoire métropolitain. Ces unités emploient : 6 340 médecins (4 670 équivalents temps plein) ; 12 700 infirmiers (11 580 équivalents temps plein) ; 288 assistants de service social et plus de 9 400 « autres personnels » ; soit un total de 28 728 personnes physiques (Carrasco, 2006). Ces 28 728 personnes physiques affectées aux 622 unités d'accueil des urgences, ont traité 14 millions de passage en 2004. En moyenne globale sur l'année 2004, chaque unité d'accueil disposait d'un peu plus de 46 personnes physiques pour traiter 62 personnes par période de 24h00.

L'application du plan Urgences a conduit à la création de 218 postes médicaux et de 411 postes infirmiers en 2004. Pourtant, la dénonciation des médecins urgentistes demeure constante, et les prises de vue de patients allongés sur des brancards dans des couloirs font, hélas, partie des sujets incontournables des journaux télévisés. Il y a deux explications à cet état de fait, ni l'une ni l'autre ne relevant du manque de moyens en personnels.

La première explication est la dispersion des moyens. Le nombre moyen de passages aux urgences par médecin à temps plein varie du simple au double entre les plus petites unités et les plus grandes : il est de 1 900 par an dans les unités accueillant moins de 10 000 passages par an, et de 3 900 dans les unités qui traitent plus de 45 000 personnes par an. En d'autres termes, les moyens mis à disposition des services d'urgence sont globalement conséquents ; localement, des situations de suractivité et de pénuries coexistent avec un niveau faible d'activité et des dotations relatives trop importantes.

La seconde explication provient à la fois du dévoiement du recours aux urgences et du manque de lits dits « d'aval ». Le recours aux services d'urgence pour des motifs qui n'ont rien d'urgent est si

¹⁵ On distingue trois types d'unité : les SAU (service d'accueil et de traitement des urgences), capables de traiter tous les types d'urgences ; les POSU (pôles spécialisés) prenant en charge les urgences lourdes pour des spécialités spécifiques ou dédiés à la pédiatrie ; les UPATOU (unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation) qui traitent les cas les plus simples et orientent les autres. Cette organisation vient juste d'être réformée.

massif que les personnels ont inventé un néologisme pour qualifier l'activité qui en découle : la « bobologie ». Arrêts de travail, prises de sang, certificats d'aptitude sportive, angine, éruptions cutanées, la liste des recours injustifiés est impressionnante...

Ajouter des personnels dans de telles situations ne peut que compliquer ces dernières puisque l'allongement des lignes hiérarchiques, la multiplication des sources d'information et des interlocuteurs, pèsent encore davantage sur une organisation déjà incapable d'assurer le fonctionnement adéquat avec des effectifs plus réduits.

4.1.3. Des « cadences infernales »

Une autre croyance est celle de personnels hospitaliers écrasés par un volume de travail trop important. Cette affirmation ne résiste pas à l'observation. Cela veut-il dire pour autant que le travail en hôpital n'est pas pénible ? Ou bien que les personnels des services de soins ne sont pas fatigués par leur activité professionnelle ? La réponse à ces deux questions est clairement négative : le travail de soignant est difficile, accaparant, épuisant, à tel point que les directeurs des ressources humaines sont fréquemment conduits à recruter un psychologue du personnel pour prendre en charge une souffrance manifestement induite par le travail. Il n'en reste pas moins que la charge objective de travail observée dans les services de soins n'est pas aussi excessive que celle qui est communément décrite, loin s'en faut. Dit plus simplement, les personnels de soins travaillent d'habitude... normalement, mais en revanche éprouvent – réellement – un épuisement manifestement disproportionné par rapport à leur charge de travail.

La question de la charge et de l'intensité du travail est complexe, il n'existe pas d'instruments efficaces pour comparer la lourdeur ou la difficulté d'une activité par rapport à une autre. Il faut donc trouver des instruments approchants. Lorsqu'ils sont interrogés, les personnels concernés ne disent pas qu'ils sont accaparés par un volume de travail trop important. Les résultats d'une enquête menée récemment sur les conditions de travail perçues par les personnels des hôpitaux (DREES, 2003) montrent que les récriminations quant aux rythmes de travail portent sur le manque d'autonomie accordée pour son exécution : limitation de la durée accordée pour le faire ; contraintes techniques ; dépendance vis-à-vis du personnel médical ; demande extérieure immédiate. Cette perception signifie que la pénibilité ressentie peut tout aussi bien provenir de la médiocre organisation du travail dans les services de soins.

4.2. Les véritables déterminants des difficultés actuelles de gestion dans les hôpitaux

4.2.1. L'organisation du travail dans les services de soins, reflet de la lutte de pouvoir dans les hôpitaux

Chargée de l'allocation optimale des ressources affectées au fonctionnement des hôpitaux, les directions sont devenues les partenaires d'un rapport de pouvoir noué avec les professionnels des hôpitaux – qui ont réagi à l'avènement d'une organisation dirigeante en cherchant à accroître en retour l'incertitude de cette dernière à leur endroit.

Cette lutte passe par le rejet de la légitimité et de la rationalité bureaucratique devenues prépondérantes dans les hôpitaux depuis l'introduction d'un contrôle budgétaire efficient. Ce n'est pas tant les préconisations « bureaucratiques » qui hérissent les personnels des services de soins mais bien la posture de pouvoir qui les sous-tend. Réfléchir aux cycles de travail, aux transmissions entre équipes, remplir des formulaires de traçabilité ou de signalement d'événements indésirables, ne forment pas des exigences insupportables en elles-mêmes ; c'est l'autorité accrue de l'administration, en filigrane de ces demandes, qui irrite. C'est la raison pour laquelle toute rationalisation externe des modalités du travail hospitalier est vouée à l'échec, quand bien même l'organisation du travail dans les services de soins devrait faire à son tour l'objet d'une analyse approfondie.

4.2.2. Double filière hiérarchique et « double dualité »

4.2.2.1. Une division professionnels/non professionnels insuffisamment précise

La division entre professionnels et non professionnels suivant une double filière hiérarchique n'est pas suffisamment détaillée pour décrire l'organisation interne des hôpitaux, en particulier celle de leurs services de soins. Le groupe des professionnels se scinde en deux composantes qui regroupent les médecins, d'une part, et le personnel paramédical, d'autre part – cette césure renvoyant à la distinction entre professionnels et semi-professionnels. De son côté, le groupe des non professionnels se subdivise entre personnel administratif et personnel technique – la culture professionnelle de ce dernier étant celle du monde ouvrier, de l'usine.

Deux types d'organisation du travail cohabitent dans un service hospitalier : celle des médecins et celle des non-médecins – soignants, personnels médico-techniques et personnels administratifs.

Les non-médecins ont une organisation du travail fondée sur le modèle horaire (une durée du travail rigide et une organisation définie par une heure de début et une heure de fin). Plus l'agent se rapproche du soin et du travail des médecins, plus l'organisation de son travail est rigide. Le travail des infirmières et des aides-soignantes s'inscrit ainsi dans des plannings d'activité rigoureux et précis qui s'étalent sur vingt-quatre heures, alors que celui des secrétaires médicales et des secrétaires hospitalières est seulement borné par une heure d'arrivée et une heure de départ.

L'organisation du travail des médecins est beaucoup moins encadrée : à l'exception des gardes et des astreintes – qui relèvent du modèle horaire –, leur planning d'activité ne correspond ni au modèle de la concordance des temps ni à celui de l'échéance. Ils sont en mesure d'imposer leur propre rythme de travail aux personnels avec lesquels ils travaillent, le reste du service s'adaptant. Le temps qui leur est nécessaire pour accomplir une tâche n'est pas défini, de même que son échéance.

L'organisation du travail des personnels non médicaux est donc contrainte et adaptable au rythme de dispensation des soins et de prescription des médecins ; celle des médecins est davantage empreinte d'autonomie. Toute l'ambiguïté de l'organisation du service hospitalier est là : d'un côté, une organisation médicale – avec ses lignes hiérarchiques propres, son système d'évaluation et de notation, ses critères d'efficience – qui ne relève en rien de l'autorité de l'administration de l'établissement ; de l'autre, l'organisation soignante, qui dépend organiquement de la direction de l'établissement, et fonctionnellement de l'organisation de l'équipe médicale du service, et qui se trouve par conséquent tiraillée entre deux autorités.

La rationalisation du travail dans les services hospitaliers dépend pour beaucoup de la coordination dans le fonctionnement de ces deux organisations. La réorganisation du travail des soignants trouve donc ses limites dans celle de l'équipe médicale dont le rythme de travail, l'organisation, déterminent l'activité des personnels paramédicaux. La principale difficulté vient de ce que toute réorganisation du travail dans les services de soins passe par l'assujettissement de l'emploi du temps des médecins à celui des équipes de soins. Les médecins font donc face à un conflit d'objectif qui renvoie au caractère bicéphale de leur rôle : médecin praticien et cadre – quand bien même ils sont enclins à renvoyer cette fonction aux cadres infirmiers. Il y a donc contradiction entre l'autonomie revendiquée dans l'exercice de l'art médical et la vocation à diriger, déterminée par le type de structure dans laquelle s'exerce cet art.

L'organisation dirigeante, quant à elle, est affligée d'une division du même type. D'un côté la filière technique, avec ses codes, son organisation, des horaires ; de l'autre, la filière administrative. L'impact n'est toutefois pas aussi marqué que dans l'organisation soignante : le chef d'établissement conserve *in fine* un pouvoir d'appréciation et de notation sur les agents de la filière technique.

4.2.2.2. Des modes différents de valorisation au travail

A l'hôpital, on peut opposer deux modèles de valorisation du travail : la valorisation par la conformité à l'organisation mise en place, et la valorisation par la transgression de cette même organisation. Les deux types d'organisation du travail – celle des médecins et celle des non-médecins – renvoient à deux modèles de valorisation du travail : pour les non-médecins, la valorisation par la conformité à l'organisation ; pour les médecins, la valorisation par sa transgression. Pour les personnels paramédicaux, la captation de l'inorganisation médicale, ou plutôt de son or-

ganisation désordonnée, est un des moyens de capter une partie du prestige médical – sinon de son pouvoir.

L'attitude à l'égard de l'organisation du travail s'articule elle-même autour de deux effets : l'effet « pouvoir » et l'effet « recrutement ». L'autonomie dans le travail est une des marques du pouvoir médical, de la déférence que l'on accorde aux médecins. Cette liberté empreint de façon très marquée l'organisation du travail dans les services puisque le médecin en est le « producteur » principal, en tant que prescripteur de soins. Cette autonomie a entraîné de surcroît un effet « recrutement » : la nature de l'organisation du travail dans les services de soins fait mécaniquement venir des personnalités qui s'y adaptent ; jusqu'à l'agrégation, le travail en milieu hospitalier est, pour les médecins, un long processus de recrutement et de cooptation. Par conséquent, toute tentative d'organisation et de rationalisation du travail des médecins risque d'être prise pour une tentative de banalisation et de délégitimation de leur pouvoir et de leur rôle – *a fortiori* si c'est l'administration de l'hôpital et/ou sa tutelle qui pilotent cette réorganisation.

Une autre des difficultés majeures à surmonter est le grand décalage entre la réalité du travail constatée dans les services de soins et sa représentation par les personnels : les agents se font une image de leur travail qui ne correspond pas à sa réalité. Cet effet d'embellissement n'est pas propre à l'hôpital, mais il semble qu'il soit davantage marqué dans les services de soins où la séparation entre les métiers est tranchée, et très puissante l'aspiration à capter une part du prestige des métiers hiérarchiquement plus élevés. Les agents ont tendance à « s'approprier » des tâches dévolues à d'autres métiers : les aides-soignantes vis-à-vis des infirmières, les infirmières avec les médecins, les médecins non universitaires avec les médecins universitaires, etc.

Le principal obstacle auquel se heurte toute réorganisation/ rationalisation est donc l'opposition régnant entre la rationalité du métier et sa vision fantasmée : organiser le travail des personnels peut être pris pour une tentative d'ôter ce qui le valorise à leurs yeux. Assujettir l'emploi du temps des médecins à celui du service où ils travaillent restreindrait l'autonomie dont ils disposent, gage de pouvoir pour une profession en voie de banalisation ; sérier l'activité des infirmières ou des aides-soignantes à leur champ propre d'action viderait leur travail de toute identification au travail médical, facteur d'investissement professionnel et personnel.

4.2.3. Une organisation archaïque du travail

4.2.3.1. Parcellisation, redondance et chevauchement des tâches

L'hôpital est une des structures de travail les plus anciennes qui existent : à l'époque où l'entreprise n'est pas encore un concept et où le travail s'organise sous forme de compagnonnage, s'instaurent les fondements culturels de l'accueil des souffrants dont on peut encore aujourd'hui distinguer les traces dans les structures modernes de l'hôpital public. Héritières des sœurs dévouées aux indigents et aux nécessiteux, les infirmières et les aides-soignantes ont façonné

l'organisation de leur activité sur la prise en charge des malades au fil de leur arrivée dans le service.

Cette gestion séquentielle – sans aucun doute indispensable dans de nombreux cas – a déteint sur les autres composantes du travail des soignants : de même qu'on accueille immédiatement un malade en situation d'urgence, on traite l'ensemble des aspects du travail qui, pourtant, pourrait faire l'objet d'une planification. A l'exception de l'urgence médicale, c'est trop fréquemment la règle de la file d'attente inversée qui prévaut dans un service hospitalier, chaque tâche qui se présente venant chasser celles qui étaient en attente de réalisation.

L'organisation séquentielle du travail a pour corollaire une parcellisation excessive des tâches (Holcman, 2002). Il est souvent tenu pour acquis, et défendu par les personnels eux-mêmes, que le nombre de tâches accomplies par les membres d'un service de soins est déterminé par la nature particulière de leur activité, qui ne pourrait pas se comparer à ce que l'on observe dans d'autres secteurs : en d'autres termes, le rythme et l'organisation de l'activité professionnelle dans les services de soins serait surdéterminée par les interruptions et les actes imprévus consécutifs à l'urgence.

Pourtant, la question reste posée du sens de la causalité : est-ce l'atomisation des composantes de l'activité qui conduit à l'organisation du travail observée ou bien est-ce l'inorganisation du travail qui entraîne sa parcellisation ? En d'autres termes, le nombre de tâches accomplies par les agents correspond-t-il à des activités distinctes ou est-ce – sous l'effet d'un manque de hiérarchisation des missions à accomplir – l'interruption des tâches qui conduit à leur multiplication ?

L'une des explications de cet état de fait provient de la redondance dans l'accomplissement des activités. Quand on interroge les membres de services de soins, on se rend compte que l'accomplissement de nombreuses tâches est revendiqué par des agents aux métiers pourtant différents. Cette atomisation, préjudiciable à l'efficacité des tâches accomplies, ne peut trouver son origine que dans une défaillance de l'organisation du travail. Le phénomène est encore plus préoccupant s'agissant des relations avec le patient : la pléthore de personnels déclarant communiquer des informations et répondre aux sollicitations des malades s'assimile à une dispersion de cette tâche pourtant essentielle, c'est là une source d'insécurité et d'angoisse pour les patients et leur famille qui se plaignent souvent du manque d'interlocuteur dans les services.

4.2.3.2. Prépondérance de l'oral : une quête épuisante de l'information

De même, l'écrit est souvent ressenti par les personnels comme une obligation médico-légale ou comme une nécessité répondant à un souci d'archivage, et pas comme un vecteur privilégié de transmission de l'information. La transmission orale n'est pas sans vertu parce qu'elle autorise une richesse et une expression inaccessibles à l'écrit, mais à condition qu'elle complète un socle de renseignements objectivés dont la diffusion est reproductible et sans déformations. Tout le

problème vient, en effet, de la primauté accordée à la transmission orale qui, par-delà sa richesse, est extrêmement subjective, sensible à l'état, à l'humeur et à la disponibilité des agents.

La prépondérance accordée à l'oral contraint les agents des services hospitaliers à reformuler périodiquement les informations qu'ils communiquent et/ou à réitérer les demandes d'informations qu'ils formulent ; une bonne partie de leur temps d'activité professionnelle consiste ainsi à acquérir et, surtout, à vérifier les informations obtenues ou transmises – la communication orale étant, en effet, sujette à déformations et à interprétations.

Ces modalités particulières de transmission font de la recherche et de la validation de l'information thérapeutique une quête épuisante. Interrogés, les personnels non médicaux des services de soins décrivent abondamment l'anxiété ressentie à l'égard des justes prescriptions données aux malades, ou des gestes techniques à accomplir. L'inorganisation de la transmission de l'information et sa validation permanente constituent des facteurs de stress et d'épuisement pour les agents qui y sont astreints – les personnels soignants se trouvant en l'occurrence en asymétrie d'information vis-à-vis des médecins qui ont l'initiative de la démarche thérapeutique.

Si le travail à l'hôpital est effectivement épuisant, ce n'est donc pas pour les raisons systématiquement avancées. Ce n'est pas le manque de personnel ou bien la charge excessive de travail qui est fatigante mais l'organisation – ou plutôt l'inorganisation – du travail. Un service de soins est un lieu où l'appétence pour la recherche, l'évolution des connaissances, la maîtrise du progrès technique, côtoient une organisation archaïque du travail.

4.2.3.3. Des activités essentiellement programmables mais insuffisamment programmées

Les tâches non programmables accomplies par les agents d'un service hospitalier sont peu nombreuses, en dépit du discours fréquemment tenu sur le sujet. Le caractère éminemment programmable des tâches hospitalières peut s'observer trivialement sur le parking des hôpitaux : congestionnés pendant la semaine, ils deviennent aisément accessibles le week-end et sont quasiment désertés durant les vacances scolaires et les jours fériés. Contrairement à ce qu'ils affirment, donc, la plupart des agents des services de soins ont des activités sur lesquelles ils exercent un contrôle quant au moment de leur accomplissement. La situation des personnels varie, toutefois, suivant la proportion de tâches programmables au sein de leur travail : certains accomplissent presque exclusivement des tâches programmables, quand d'autres ont un volant important d'imprévu dans leur activité.

Parmi les agents qui ont une activité constituée quasi-exclusivement de tâches programmables, on trouve surtout les agents médico-techniques (manipulateur radio, kinésithérapeute, diététicien...), les secrétaires médicales, les étudiants externes de médecine, les médecins attachés¹⁶, et les cadres supérieurs infirmiers. Les agents dont les tâches sont essentiellement programmables se divisent

¹⁶ Médecins libéraux de ville qui interviennent ponctuellement à l'hôpital.

en deux groupes : les médecins (cadres et cadres dirigeants) et les non-médecins (aides-soignantes, secrétaires hospitalières, et assistantes sociales).

Une dernière catégorie d'agents a, en revanche, une vie professionnelle consubstantiellement marquée par l'imprévu ou qui ne peut pas s'accomplir sans interruptions : le modèle-type de ces agents est l'infirmière, qui est soumise aux aléas et aux variations de l'activité du service, et qui s'adapte aux différents rythmes de travail. L'interne, de son côté, fait office de variable d'ajustement dans l'organisation médicale.

4.3. Les pistes de recherche en gestion

4.3.1. L'organisation du travail dans les services de soins, reflet de la lutte de pouvoir dans les hôpitaux

4.3.1.1. La « dysorganisation » dans les services de soins

Contrairement à ce qui est souvent avancé pour expliquer ses difficultés, l'hôpital n'est pas une organisation dysfonctionnante, dysfonctionnelle, désorganisée, ou qualifiée par tout autre terme désignant un fonctionnement inefficace et/ou inapproprié. Les éléments d'appréciation de l'organisation de l'hôpital varient, en réalité, selon les groupes professionnels et les rapports de pouvoir qu'ils entretiennent. L'hôpital n'est donc pas mal organisé, ou pas organisé du tout, mais il est organisé d'une manière qui ne convient pas à toutes ses composantes. L'hôpital public est une structure de travail « dysorganisée » : elle est caractérisée par des modalités de fonctionnement dysfonctionnantes à l'aune de certains critères mais répondant de façon satisfaisante à d'autres critères.

La « dysorganisation » dans les services de soins est le symptôme d'un rejet de la légitimité bureaucratique. L'explication que l'on peut avancer vient du basculement de rapport de forces qui, on l'a vu, s'est produit dans les établissements de santé publics après la modification de leur mode de financement. L'introduction, en 1983, du financement des hôpitaux par dotation globale a transformé l'organisation support en organisation dirigeante, a contraint les établissements de santé à la performance et, par voie de conséquence, a considérablement accru le pouvoir des administrateurs en les plaçant en situation de réducteurs de l'incertitude de l'organisation confrontée à son nouvel environnement.

Chargées de l'allocation optimale des ressources affectées au fonctionnement des hôpitaux, les directions sont devenues partenaires d'un rapport de pouvoir avec les professionnels de santé qui, en retour, ont réagi à cette nouvelle situation en cherchant à accroître l'incertitude de l'organisation dirigeante pour renforcer leur position dans ce rapport de pouvoir. C'est dans ce contexte que l'organisation du travail dans les services de soins est devenue l'enjeu éminent de la lutte de pouvoir entre l'organisation dirigeante et l'organisation soignante, et conduit ainsi à une situation de « dysorganisation ».

Les règles bureaucratiques sont, en effet, destinées à être mise en œuvre dans un environnement programmable. Or la programmation est la caractéristique – sinon la mission – de l'organisation dirigeante, ses personnels sont formés techniquement et culturellement à prévoir, anticiper et planifier. Dans ces conditions, l'une des manières pour l'organisation soignante de s'affranchir de la culture de l'organisation dirigeante et de lutter ainsi contre son emprise est de renvoyer à cette dernière l'image d'une « non-programmabilité » déroutante, facteur d'incertitude, et donc de pouvoir.

L'organisation soignante n'est donc pas désorganisée, elle est organisée de façon à susciter de l'incertitude pour l'organisation dirigeante, et donc à accroître le pouvoir et l'autonomie à l'égard de cette dernière. Rendre l'activité des services de soins moins transparente, c'est se prémunir des préconisations de l'organisation dirigeante. On ne peut parler de dysfonctionnement qu'à l'aune des critères de l'organisation dirigeante dans la mesure où l'organisation des services de soins est recherchée par ses acteurs. L'un des éléments de corroboration de cette situation s'observe *a contrario* dans les services engagés dans des protocoles de recherche avec des laboratoires pharmaceutiques. Au sein d'un même service, avec des personnels identiques, l'activité de recherche est caractérisée par la rigueur, l'organisation, le souci de la performance ; avec les mêmes personnels et les mêmes équipements, l'activité clinique est marquée par une organisation plus relâchée et moins performante.

Il serait donc particulièrement intéressant de poursuivre une recherche démontrant l'étendue de cette situation et estimant son impact sur l'activité des hôpitaux : qualité de la prise en charge, surcoûts induits en termes de personnels et de matériels.

4.3.1.2. Des tâches spécifiques ou éminemment standardisées ?

Afin de démontrer que les caractéristiques de l'organisation des services, ou plutôt son inefficience, ne sont pas déterminées par la spécificité du soin – comme l'affirment souvent les personnels concernés – il conviendrait en outre de déterminer jusqu'à quel point les métiers hospitaliers sont particuliers. L'argument des personnels des services de soins pour justifier « l'organisation » de leur activité est qu'elle est à ce point spécifique qu'elle serait irréductible à toute velléité de rationalisation : dit autrement, l'urgence et l'état des patients surdétermineraient l'ensemble de l'activité des unités cliniques des hôpitaux.

Or, non seulement l'activité des services est, on l'a vu, essentiellement programmable, mais les tâches des personnels de ces services sont majoritairement standardisées. Par tâches standardisées, on entend ici des tâches qui ne sont pas spécifiques au milieu hospitalier et que l'on retrouve dans d'autres secteurs d'activité : remplir un dossier, accomplir des tâches de secrétariat, accueillir des patients... par exemple.

En premier lieu, de nombreux agents des services ont des activités qui ne sont pas spécifiques au soin (secrétariat, assistante sociale, diététicienne, agent d'entretien, encadrement, accueil, service

hôtelier...) ou bien qui s'exercent dans d'autres structures d'accueil, ou bien encore en activité libérale : tâches de rééducation (kinésithérapie, orthophonie, orthoptie...), activités infirmières... En second lieu, si l'on décompose au plus fin les tâches accomplies par l'ensemble des agents d'un service de soins et qu'on les compare aux tâches les plus comparables recensées par l'ANPE dans le Répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME), on se rend compte alors qu'une bonne part de leur activité ne ressortit pas directement au soin, y compris celle des soignants – médicaux et non médicaux. Un cadre infirmier, par exemple, est avant tout un cadre dont le métier se compare très fortement à la description qu'on pourrait en faire dans d'autres secteurs d'activité.

De même, les médecins ont-ils une activité professionnelle fortement empreinte de tâches standardisées : rien dans l'exercice d'une autorité hiérarchique, de l'enseignement, de la recherche ou de la direction de recherche ne permet de distinguer les médecins d'un enseignant-chercheur, d'un cadre technique d'études scientifiques et de recherche fondamentale, ou d'un cadre des services paramédicaux – quand bien même la nature des activités n'est pas comparable. La dispensation d'une expertise relève également d'un type d'activité qui n'est par corrélée à la matière qui en relève. Seule la pratique médicale, dans le « colloque singulier » qui unit le patient au praticien, apparaît comme constituant un genre de tâches spécifiques – bien qu'elle s'exerce elle aussi dans d'autres types de structures (écoles, lycées, entreprises, dispensaires...) et sous d'autres statuts, libéral en particulier.

Cette remise en question du caractère globalement atypique des tâches accomplies dans un service de soin mériterait d'être validée, approfondie, en particulier par le biais d'une comparaison – avec d'autres secteurs d'activité ou avec d'autres structures de soins.

4.3.1.3. La relation avec le patient, fondement de la spécificité des métiers du soin

La relation avec le patient demeure la spécificité irréductible des métiers exercés dans les services de soins, quand bien même elle est professionnalisée. Cette relation se construit, suivant les situations, à partir d'une subtile alchimie entre proximité et distance, affectivité et recul, compassion envers l'autre et protection de soi-même. L'introduction d'une dimension sentimentale ou émotionnelle est proscrite dans le travail des soignants – médicaux et non médicaux – en tant qu'elle fait perdre au soignant la distance qui le constitue comme professionnel, terme utilisé cette fois dans le sens commun. L'une des fonctions des personnels d'encadrement est de diagnostiquer cette dérive afin d'en protéger les personnels dont ils ont la responsabilité.

La distance ainsi maintenue n'empêche pas l'établissement d'une relation avec le patient, elle en forme plutôt la condition nécessaire : un soignant qui bascule dans l'affect à l'égard d'un patient dont il a la charge se délégitime, y compris aux yeux mêmes de ce patient ou de ses proches. Compassion, empathie, humanité, ne se confondent pas avec sentimentalisme, émotivité et sensiblerie. En d'autres termes, l'empathie du soignant doit s'accompagner d'une neutralité affective

qui lui permet de conserver son rôle et ses compétences de professionnel. La maîtrise de la communication – verbale ou non verbale (mimiques, regards, postures, contacts physiques, etc.) – forme une part prépondérante de la compétence professionnelle des soignants.

Démontrer que les métiers du soin sont composés de tâches essentiellement standardisées et programmables ne signifie pas pour autant leur ôter toute spécificité. La démythification des métiers et des professions du soin devrait s'accompagner de travaux de recherche tendant à démontrer là où se situe leur véritable spécificité, pour ne pas parler de caractère exceptionnel. À l'exception du métier des armes, aucune autre activité professionnelle ne place à un tel niveau de proximité avec la maladie, la souffrance, la mort. Pourtant, cette dimension est peu analysée ; quand elle l'est, c'est par le biais de l'élaboration d'un portrait idéalisé des personnels de soin.

4.3.2. Contours et frontières des groupes professionnels à l'hôpital

La cohabitation de deux filières hiérarchiques, de deux légitimités, de même que l'existence de mécanismes informels présidant au sentiment d'appartenance professionnelle, brossent le portrait d'un hôpital structuré autour de groupes professionnels aux contours bien plus incertains qu'un observateur extérieur ne pourrait le supposer. L'analyse empirique confirme ce sentiment, notamment s'agissant du caractère aléatoire de la notion de soin, de l'incertitude des rattachements hiérarchiques qui amène à s'interroger sur l'existence de regroupements professionnels transversaux et d'une opinion publique professionnelle à gérer.

4.3.2.1. Une frontière incertaine entre soin et non soin : quelle définition ?

La différence entre les métiers soignants et les métiers non soignants semble relever de l'évidence de prime abord. En réalité, la distinction est plus complexe à établir dès lors qu'on dépasse une définition par les actes accomplis pour prendre davantage en compte ce qui fait l'essence du soin, le rapport avec le patient.

Plusieurs définitions contribuent à définir le champ des métiers du soin. Soigner, ce peut être « S'occuper de rétablir la santé de quelqu'un », « S'occuper de guérir un mal », ou bien le rassemblement des : « Actes par lesquels on soigne quelqu'un ou quelque chose. » Ces définitions couvrent des domaines de compétences et des métiers qui ne se recoupent pas totalement : « Rétablir la santé de quelqu'un » ne signifie pas la même chose que « Guérir un mal ». La prise en charge d'une parturiente, par exemple, consiste à rétablir sa santé à l'identique de ce qu'elle était avant l'épreuve physique de l'accouchement, ce n'est en aucun cas guérir un mal – la maternité n'étant pas une pathologie. De même, de nombreux professionnels de santé s'occupent de rétablir la santé des patients qu'ils ont à leur charge sans aucunement s'occuper de leur mal : c'est ce que font notamment les psychologues hospitaliers rattachés aux services de soins.

On peut donc imaginer qu'un membre du personnel d'un établissement de santé appartienne au monde du soin sans jamais être au contact d'un patient : c'est le cas d'un radiophysicien en radio-

thérapie, d'un assistant de recherche clinique, d'un ambulancier, d'un technicien d'études cliniques, d'un technicien d'installation et de maintenance des équipements biomédicaux, d'un préparateur en pharmacie hospitalière, d'un technicien de laboratoire, etc. Sans aller jusqu'à considérer que l'ensemble des personnels d'un établissement de santé contribue à rétablir la santé des patients, il faudrait toutefois se demander dans quelle mesure un agent qui n'est jamais au contact du patient appartient bien au monde du soin.

Si, au contraire, on choisit le contact avec le patient comme critère d'appartenance à l'organisation soignante, le risque est d'y inclure des personnels dont l'activité professionnelle a peu ou pas de rapport avec l'acte de soigner. Un électricien des services techniques procédant à une intervention dans la chambre d'un patient est au contact de ce dernier, il n'en appartient pas pour autant au monde du soin ; il en va de même pour un agent du service de bio-nettoyage, un agent de lingerie, une secrétaire médicale ou hospitalière, etc. A l'inverse, certains représentants de métiers ayant, apparemment, peu ou pas de rapport avec le soin peuvent néanmoins contribuer à la restauration de la santé des patients. Dès lors qu'il est acquis que rétablir l'image qu'un patient se fait de lui-même est un facteur de guérison, pourquoi ne pas envisager, par exemple, qu'une esthéticienne ou un coiffeur d'hôpital appartiennent au monde du soin même sans être des soignants ? De même, le pouvoir libérateur de la parole s'exerçant en majeure partie avec les brancardiers qui convoient les patients au sein des établissements de santé, pourquoi ne pas considérer les membres de cette profession comme pratiquant un métier du soin (ce qu'ils revendiquent, d'ailleurs) ?

Il faut donc trouver une définition qui ajoute à la description par l'acte la dimension psychologique qui fait défaut à cette dernière, tout en précisant ce qu'on entend par proximité avec le patient. Pour adjoindre une dimension psychologique et comportementale à la notion de soin, il est nécessaire de considérer, d'une part, qu'un métier soignant dépasse la seule production d'actes et, d'autre part, que la présence aux côtés du patient est nécessaire mais pas suffisante. En contrepoint de la définition par l'acte – qui fait référence – il conviendrait donc de mettre au point une définition davantage centrée sur la rencontre avec le patient et sur la communication qui s'instaure avec lui. Un métier soignant place celui qui l'exerce au contact du patient, avec comme objectif – ou comme effet – de sa présence, de le soigner ou de contribuer à la restauration de sa santé. Dans cette perspective, les bénévoles hospitaliers contribuent sans aucun doute au soin sans nécessairement exercer un métier qui en relève.

Ce travail de définition et de recensement serait particulièrement important pour les hôpitaux dans la mesure où il pourrait conduire à remettre fortement en cause les nomenclatures existantes dès lors qu'il s'agit d'évaluer le nombre exact de personnels qui soignent et pas le nombre de personnels soignants : ce qui compte, pour reprendre l'expression usitée dans les hôpitaux, c'est de connaître le nombre d'agents « au pied du lit du patient » et pas la distribution en grade ou en indices de l'établissement de santé.

Les deux indicateurs sont utiles. Il est impératif pour un hôpital de connaître et de suivre la répartition statutaire de ses effectifs, condition nécessaire pour estimer au plus juste sa masse salariale. Cet instrument toutefois n'est d'aucune utilité pour évaluer la part des personnels consacrés à la mission première d'un établissement de soins : soigner. Les métiers du soin sont éprouvants, en particulier psychologiquement. Or rien n'est prévu pour aménager les fins de carrière des agents au contact de la maladie, de la souffrance, de la mort. De même, le déroulement des carrières des personnels paramédicaux n'est pas ajusté à la durée de ces dernières et les postes d'encadrement deviennent dès lors le moyen unique d'assurer une progression de carrière jusqu'à la cessation d'activité. L'effet conjugué de ces deux phénomènes distrait de plus en plus de personnels soignants de leur tâche.

Dans ces conditions parler d'insuffisance de personnel sur la base d'une comptabilisation par appellations de métiers ou de professions – en particulier s'agissant des personnels de soins – n'a guère de sens. Seule la mise en regard des appellations et des fonctions exercées permettrait d'identifier et de comptabiliser précisément les personnels, en distinguant notamment ceux qui contribuent au soin de ceux qui n'y participent pas – tout du moins directement. C'est à cette seule condition qu'une évaluation pertinente des besoins pourrait être menée, et conduire si nécessaire à des recrutements ou des réaffectations. Distinguer le soin du non-soin c'est replacer le patient au centre du dispositif hospitalier.

4.3.2.2. Rattachement hiérarchique, rattachement fonctionnel, prescripteurs de tâches et tâches prescrites

La relation très particulière entre prescripteurs d'activité et exécuteurs de travail prescrit constitue l'une des singularités de l'activité dans les hôpitaux. La notion de tâches prescrites est précisée réglementairement en France, notamment pour les infirmières : le décret dit « de compétences »¹⁷ définit très précisément le domaine d'action des personnels infirmiers et la nature des interventions qu'ils sont habilités à entreprendre. Sont d'abord listés les actes qui relèvent du « rôle propre » des infirmières, c'est-à-dire qui sont dispensés en fonction de leur initiative et sous leur responsabilité ; viennent ensuite les actes à effectuer en application d'une prescription médicale ou d'un protocole écrit ; enfin sont décrits les actes mis en œuvre par les médecins et auxquels les infirmières participent.

Cette situation de travail est fréquemment décrite comme relevant d'un lien de subordination entre paramédicaux et médecins. Le terme est impropre, en particulier mis en regard de son acception dans le code du travail français. A l'exception des établissements de santé privés à but lucratif, où les médecins emploient parfois eux-mêmes leurs collaborateurs, les personnels paramédicaux sont recrutés et employés par les établissements de soins – quand bien même leur travail ressortit à la prescription et à la commande des médecins avec lesquels ils travaillent : les médecins, particuliè-

¹⁷ Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

rement le chef du service, ne disposent donc d'aucun pouvoir hiérarchique sur les personnels paramédicaux.

Evoquer un lien de subordination pour définir les rapports de travail entre médecins et paramédicaux dans les services de soins reviendrait dès lors à masquer l'existence de la double filière hiérarchique qui caractérise les hôpitaux. Pour évoquer la situation des paramédicaux vis-à-vis des médicaux, il convient plutôt d'utiliser le terme de « sujétion », situation d'une personne soumise à une autorité. Il y a un rattachement fonctionnel mais pas un rattachement hiérarchique entre paramédicaux et membres du personnel médical. Cette ambiguïté est à l'origine de nombreux dysfonctionnements et de coûts cachés.

Il convient d'éviter *a fortiori* d'associer un éventuel lien de subordination, ou tout autre modalité de relations subalternes, avec l'exécution de tâches prescrites dans la mesure où ces dernières sont prises en charge, pour une bonne part, par des personnels médicaux. C'est le cas des médecins et des pharmaciens travaillant dans les laboratoires d'analyses (biologie, biochimie, anatomo-pathologie...), les services d'imagerie médicale, ou bien qui les dirigent. En tant que médecins ou praticiens, ils sont habilités à émettre eux-mêmes des prescriptions ; dans la réalité, ils exécutent ou font exécuter celles des services cliniques.

L'impact en termes de gestion de ces différentes formes de relations entre donneurs d'ordre et prestataires est très important. Les laboratoires d'analyses, par exemple, ne sont pas des unités de soins mais des services prestataires répondant aux prescriptions des médecins, leur budget de fonctionnement est en grande partie destiné à payer les produits nécessaires au fonctionnement des automates qui procèdent aux analyses prescrites. Les chefs de service des laboratoires font souvent valoir qu'ils ne peuvent pas être tenus pour responsables de leurs dépassements budgétaires dans la mesure où leur activité est contrainte par les prescriptions d'examens rédigées par les médecins. Leur unique mode d'arbitrage consistant en une vérification des prescriptions et un retour pour validation dans les services, il est bien évident que leur marge de manœuvre sur le volume des prescriptions est très étroite, pour ne pas dire quasiment nulle. Cet aspect de la gestion hospitalière serait donc très important à étudier.

4.3.2.3. L'existence de niveaux transversaux de regroupement entre la profession et l'organisation

L'analyse empirique menée à l'appui de ma thèse a conduit à s'interroger quant à l'existence de regroupements transversaux informels, structurant fortement l'activité des hôpitaux. Une étude menée dans des établissements de santé, considérés comme des exemples-types de bureaucraties professionnelles, aurait dû mettre en évidence une séparation marquée dans les réponses entre professionnels et non professionnels – quelle que soit leur fonction. Or ce n'est pas le constat qui a pu être fait à partir des résultats de l'étude empirique, principalement s'agissant des professionnels, censés appartenir tous à l'organisation soignante. Sur la base des réponses aux questions posées aux agents sélectionnés, trois groupes ont ainsi été identifiés – dirigeant ; médical ; para-

médical – les trois groupes étant composés de personnels dont la profession relève de l'administration et/ou de l'organisation soignante : il n'y a pas identité entre classe d'effectifs et appartenance professionnelle nominale.

Il serait particulièrement intéressant d'approfondir ce premier constat et de voir si d'autres études identifient les mêmes types de groupes ou de nouveaux groupes, constitués ou pas de types de personnels identiques. Le recensement de formes de regroupements, informels mais stables et identifiables quel que soit l'hôpital, constituerait un progrès important dans la gestion des établissements de santé.

4.3.2.4. Gérer par « l'opinion publique professionnelle »

Dès lors qu'il serait prouvé que des regroupements professionnels informels mais stables structurent l'organisation et l'activité des hôpitaux, la gestion de ces derniers en serait profondément bouleversée. Pour l'heure, un chef d'établissement voit son hôpital comme une structure dont l'activité est assurée par les soignants – les médecins au premier chef – avec lesquels il doit en grande partie composer. Son action s'appuie sur l'administration et les services de la direction de son établissement.

Or, si les observations de ma thèse sont confirmées, cette dernière vision est infirmée. Le caractère composite des regroupements professionnels décrits ci-dessus tendrait à prouver que, quel que soit l'appartenance professionnelle « nominale », la structuration fondamentale des groupes professionnels s'établit à partir de valeurs, d'opinions, de croyances, dans les buts de l'organisation et les moyens à mettre en œuvre pour les atteindre.

Dans cette perspective, c'est à une véritable « opinion publique professionnelle » que le chef d'établissement devrait s'adresser. Cela reviendrait à dire, par conséquent, que la gestion d'un hôpital devrait aussi emprunter aux outils de la science politique, tout particulièrement d'analyse de la formation des comportements politiques. En effet, l'une des caractéristiques de ces formes de regroupement est que ses membres n'ont pas nécessairement conscience d'y appartenir.

4.3.3. Les fondements culturels de l'organisation du travail

Réfléchir à l'organisation hospitalière c'est, un moment ou un autre, s'affronter à sa dimension irrationnelle, et/ou culturelle.

4.3.3.1. L'empreinte religieuse de l'hôpital : l'opposition entre temporel et intemporel

L'hôpital est une structure de travail très ancienne, peut-être la plus ancienne qui soit : il fonctionnait en routine à une époque où l'entreprise et la fabrique n'avaient pas encore remplacé les corporations d'artisans ou de commerçants, et où le travail agricole se faisait sous le régime de la tenure. L'Hôtel-Dieu de Lyon a été fondé en 549, et celui de Paris bâti en 651. C'est ce qui expli-

que que l'organisation soignante soit affectée d'une forte composante religieuse, en particulier chez les personnels paramédicaux.

A l'origine, l'hôpital est encadré par les congrégations religieuses ; institution charitable, humanitaire, confiée à l'Eglise, il faut s'être préalablement confessé à l'entrée pour y être reçu. Cet hôpital-là assure la présence d'un personnel soignant et servant en grande partie religieux. Si la Révolution française a remis cette présence en cause, les religieux ont réintégré les établissements à partir du Directoire et du Consulat. Les médecins, en revanche, ne font que des interventions ponctuelles à l'hôpital ; mis à part un corps réduit de médecins permanents laïcs, ils privilégient leur clientèle privée en ne consacrant qu'une part de leur activité aux hôpitaux – à l'instar, aujourd'hui, du rythme de travail des médecins attachés.

Les fondations confessionnelles de l'hôpital ont donc marqué durablement son organisation interne et continuent d'empreindre son rythme d'activité et de non activité en s'opposant aux contraintes du temporel. Travailler à l'hôpital c'est encore faire don de soi, avoir une vocation, exercer un sacerdoce, un apostolat. Le pape Pie XII s'adressait aux infirmières dans des termes dénués de toute ambiguïté : « *Vous devez cultiver en vous l'esprit d'abnégation, la pureté du cœur, la délicatesse de la conscience, afin que votre service soit vraiment l'acte de charité surnaturelle que demande la foi chrétienne.* »

Le travail à l'hôpital ne peut dès lors qu'être influencé par la dimension prépondérante du religieux, par un rapport distancié au temps. Le domaine de la religion n'est-il pas opposé au monde profane par son intemporalité ? L'intemporel se distingue ainsi du temporel, du monde d'ici bas : le temps culturel à l'hôpital est un temps originellement religieux. Les personnels faisant don d'eux-mêmes n'ont *in fine* de comptes à rendre qu'à Dieu, dans ces conditions, interroger le rythme de leur travail ne peut relever que du blasphème : l'échéance du religieux, c'est l'éternité.

4.3.3.2. Le temps comme outil de pouvoir

Ce rapport particulier au temps s'observe encore dans les établissements de santé, les soignants sont les maîtres de la chronologie hospitalière, tout particulièrement les médecins qui exercent une profession les plaçant en contact étroit avec la vie et la mort des patients. Ce « pouvoir » de vie et de mort ressortit à moindre échelle à celui du Créateur : mourir, c'est entrer dans l'éternité, c'est toucher à l'intemporel aussi.

Aujourd'hui encore, cette relation particulière au temps peut s'observer dans les établissements de santé. Consulter à l'hôpital, c'est faire vœu d'endurance, comme si l'attente était rédemptrice de quelques péchés explicatifs de la maladie : les salles d'attente ont vocation à accueillir la totalité des patients d'une consultation ; on attend des heures dans les services d'accueil des urgences ; patienter sans explications ni justifications, sans même parler d'excuses, est la norme. Il en est de même s'agissant des modalités de travail dans les services de soins, caractérisées par une organisation séquentielle, une tâche venant en chasser une autre.

Or la maîtrise du temps est un des éléments centraux dans la constitution et le fonctionnement des organisations complexes. L'organisation support de l'hôpital, comme l'organisation dirigeante qui lui a succédé, se sont formées dans leur rapport maîtrisé au temps : contrats de recrutement, marchés de fourniture, délais de réponse aux exigences administratives, c'est dans leur capacité à gérer le temps – le leur et celui de leurs collaborateurs – que les administrateurs hospitaliers font la démonstration de leur compétence.

4.3.4. Appartenance et identité au travail

L'empreinte culturelle de l'hôpital, la lutte de pouvoir qui oppose organisation soignante et organisation dirigeante, font des mécanismes d'appartenance et d'identification professionnelles des déterminants fondamentaux de l'organisation du travail.

De même que l'appropriation de la légitimité bureaucratique par les personnels des services de soins doit se faire à l'instigation des médecins qui les dirigent, la diffusion des bonnes pratiques d'organisation du travail passe par les mécanismes de l'imitation, qui renvoient eux-mêmes aux ressorts de l'appartenance et de l'identité au travail.

Les axes de recherche particulièrement utiles quant à cette question s'articulent autour des déterminants réels du sentiment d'appartenance professionnel, de la mise en évidence d'un éventuel effet « caméléon », d'une forme de narcissisme professionnel particulièrement prégnant dans les hôpitaux et – compte tenu de tout ceci – d'une modification de la relation hiérarchique.

4.3.4.1. La prédominance de la fonction dans le sentiment d'appartenance professionnelle des personnels

L'appartenance professionnelle est fréquemment considérée comme un invariant dans l'analyse des groupes professionnels et la description de leurs différentes formes. Le lien entre intitulé de métier, de profession ou d'emploi, et les fonctions effectivement assumées, semble être mécaniquement défini, comme si l'acquisition d'une formation, la possession d'un diplôme ou d'un certificat de compétences emportait nécessairement l'exercice d'une pratique professionnelle standardisée, identique pour tous les titulaires d'un emploi.

Dans la pratique, il existe toujours un écart entre intitulé d'emploi et fonctions exercées, mais ce constat n'empêche pas l'analyse théorique des organisations, du travail, l'évaluation des liens entre professionnels ou titulaires d'un emploi, d'un métier. Les réflexions sont nombreuses quant au décalage entre l'intitulé des métiers, des professions, et la réalité de leur exercice. C'est ce constat qui fonde la mise en œuvre de répertoires dits opérationnels qui recensent les appellations de métiers ainsi que les compétences et les fonctions effectivement assumées pour chacun d'entre eux.

A l'hôpital, cet écart est particulièrement marqué sous l'effet de plusieurs facteurs : la pénibilité importante de certains métiers, notamment soignants, qui conduit à des glissements de tâches à

grade équivalent ; l'existence de deux légitimités concurrentes qui pousse les personnels à s'en approprier l'une ou l'autre, quelle que soit leur appartenance professionnelle « nominale ». Ce mécanisme accroît la difficulté de gestion des hôpitaux en brouillant la « cartographie » des groupes professionnels auxquels le chef d'établissement adosse son action.

Mettre à jour les déterminants de l'appartenance professionnelle dans les hôpitaux permettrait d'offrir aux directeurs d'hôpital un instrument supplémentaire de gestion et d'évaluation de l'impact des modifications organisationnelles qu'ils peuvent introduire dans leurs établissements.

4.3.4.2. « Effet caméléon », « Métier miroir » et narcissisme professionnel

L'un des ces facteurs – peut-être l'un des plus importants et le moins mis en valeur – relève de l'imitation. Imitation et mimétisme sont souvent confondus. Pourtant, ces deux notions ne recouvrent pas les mêmes comportements. La différence entre les deux relève de l'intentionnalité de l'action : le mimétisme est un réflexe adaptatif alors que l'imitation relève d'un acte volontaire. Comme exemple de comportements humains mimétiques types, on peut citer les mouvements et les comportements des foules.

Sans endosser la personnalité de quelqu'un d'autre ou revêtir son identité, l'imitation permet d'exprimer ou de ressentir un sentiment d'appartenance. Elle se distingue du mimétisme par l'intentionnalité qu'elle requiert, par le caractère volontaire et conscient de la démarche – l'imitation inconsciente semblant davantage relever du mimétisme. Contrairement au mimétisme, l'imitation implique une conscience de soi et une conscience de l'autre : c'est un comportement qui ne se cantonne pas à des postures, des habitudes de langage ou d'attitudes, mais s'étend à l'appropriation de croyances, d'opinions, de fidélités, à la revendication de légitimités internes ou externes.

Le *leadership* tient un rôle central dans ce mécanisme. Or dans les services de soins, on l'a vu, les agents se font une image de leur travail qui ne correspond pas à sa réalité. Cet effet d'embellissement n'est pas propre à l'hôpital, mais il semble qu'il soit davantage accentué dans les services de soins. Il serait donc particulièrement utile de mener une recherche sur l'influence de cet effet « caméléon », qui veut que les personnels des hôpitaux placés dans un contexte – même très différent de celui auquel leur profession devrait les mener – font leur les rites, les codes, la légitimité de leur nouveau contexte de travail.

Le positionnement professionnel des personnels des hôpitaux se complique encore sous l'effet d'un mécanisme observé empiriquement dans des services de soins lors d'enquêtes de terrain. Quand on les interroge, certains agents tendent à revendiquer explicitement une appartenance professionnelle pourtant différente, voire opposée, à celle qui se dégage des réponses qu'ils font à des questions destinées précisément à définir cette appartenance. Alors que ses réponses la positionnent comme un personnel administratif, telle secrétaire médicale va se déclarer soignante ;

alors qu'il se déclare appartenir à l'organisation soignante, les réponses de tel médecin le situeront pourtant dans l'organisation dirigeante.

Cette contradiction dans l'appartenance revendiquée et dans l'appartenance exprimée gagnerait à être analysée, parce qu'elle révèle une forme de narcissisme professionnel – situation que l'on peut qualifier de « métier-miroir ». Un « métier miroir » serait une situation où la personne privilégie l'image de la profession qu'il souhaite projeter, à la réalité de la fonction qu'il tient pourtant – le titulaire d'un « métier-miroir » se tendant à lui-même une glace censée lui renvoyer l'image professionnelle espérée, pourtant inverse de celle qu'il projette réellement.

4.3.5. Une organisation archaïque du travail

La qualité des soins n'est pas uniquement liée à l'efficacité thérapeutique des techniques médicales mises en œuvre à l'hôpital, elle relève également du fonctionnement satisfaisant des équipes de soins et de la coordination de la prise en charge des patients au sein de l'institution. S'agissant du fonctionnement de ces équipes, plusieurs pistes de recherche semblent se dégager : l'élimination des redondances et des chevauchements de tâches ; l'identification des carences de compétences ; la transmission de l'information ; l'opportunité et les modalités d'une rationalisation de l'activité.

4.3.5.1. Redondance, chevauchement et parcellisation des tâches

La question de la polyvalence chez les agents devrait constituer une piste de recherche féconde. Contrairement à ce qu'on peut constater dans de nombreuses structures de travail, où l'introduction de la polyvalence des agents est bien souvent une nécessité, il semble que dans les services de soins il soit, à l'inverse, plus urgent de mettre fin à la confusion qui règne dans l'accomplissement des tâches. La priorité semble plutôt relever de leur réattribution, c'est-à-dire d'une rationalisation des profils de tâches à accomplir pour chaque type de métier. Une redéfinition plus précise de ces dernières rendrait l'activité des agents plus efficace – leur dispersion conduisant, à l'inverse, à une dilapidation des compétences et des énergies. Ce resserrement aurait également pour avantage de sérier les responsabilités et, partant, de diminuer l'inquiétude latente qui règne chez les personnels quant à l'exécution des tâches.

Cette réattribution devrait s'accompagner d'une rationalisation. Affecter telle tâche à tel type d'agent réclame que certains agents y renoncent pour les confier à ceux dont elles dépendent formellement ou que d'autres agents planifient leur accomplissement en renonçant, pour cela, à leur prise en charge séquentielle. Il est en effet illusoire d'imaginer qu'une réorganisation du travail pourrait intervenir alors que des chevauchements d'activité ont encore lieu, et que des tâches administratives continuent d'être prises en charge par des personnels de soins.

Cette rationalisation de l'activité permettrait en outre d'identifier les vraies carences en matière de personnel dans les unités cliniques. La sous-administration de ces dernières conduit de nombreux

soignants à prendre en charge des fonctions administratives. La thèse de l'organisation défaillante du travail dans les services de soins ne doit pas masquer que le volume important des activités institutionnelles à accomplir rend actuellement impossible leur prise en charge exclusive par les personnels dont c'est la mission.

4.3.5.2. Les modalités de transmission de l'information

La vérification de l'accomplissement des tâches est, on l'a vu, l'un des motifs d'inquiétude et de stress les plus importants chez les personnels de soins, tout particulièrement chez les personnels non médicaux. La transmission de l'information se fait principalement de façon orale, l'unique moyen de vérifier la réalisation des tâches ou leur nécessité est donc de s'en enquérir – également oralement – auprès des agents dont c'est la mission, ou de leurs collègues en cas d'absence.

Diminuer le nombre de supports écrits permettrait de rendre leur utilisation plus aisée et, par-là, donnerait aux agents les moyens de transmettre un socle d'informations objectivées auquel tout agent pourrait se référer au gré de ses besoins. L'utilisation de l'informatique devrait être encouragée, si nécessaire par le biais de formations dispensées aux personnels en charge de la gestion administrative : la reprise sous forme papier d'informations communiquées par informatique atteste manifestement d'un retard dans l'utilisation de ce moyen technique dont l'utilisation est pourtant largement répandue. Restreindre drastiquement la part des informations transmises par oral apporterait une sécurité importante dans la transmission de l'information et éviterait que les agents dépensent une part notable de leur énergie à chercher, acquérir et vérifier des renseignements, comme ils le font actuellement. Cette modification les astreindrait également à une rigueur dans l'organisation de leur travail, où la transmission écrite étant plus conceptualisée, plus générale, plus impersonnelle.

La promotion de la transmission écrite s'inscrit, au surplus, dans le mouvement de judiciarisation des rapports entre l'administration et ses usagers qui conduit de plus en plus de patients à ester en justice en cas de litige avec l'hôpital : elle n'est donc pas seulement un vecteur de rationalisation du travail, c'est un facteur de sécurité juridique.

4.4. Outils théoriques et méthodologies utilisés

4.4.1. Outils théoriques à utiliser

4.4.1.1. L'organisation du travail dans les services de soins, reflet de la lutte de pouvoir dans les hôpitaux

La « dysorganisation » dans les services de soins

Pour valider la notion de « dysorganisation » dans les services de soins, il conviendrait d'utiliser à la fois les instruments du droit hospitalier et de la sociologie des organisations. Il faudrait être en mesure de cerner les caractéristiques de l'organisation des services de soins et leur positionnement dans l'organisation hospitalière, avant que de démontrer en quoi elle n'est pas dysfonctionnante,

dysfonctionnelle ou désorganisée. Pour ce faire, il conviendrait de recourir aux auteurs qui ont développé ces derniers éléments, en particulier Clément (1992, 1995a, 1995b), Hart et Muchielli (1994).

Il faudrait également revisité l'analyse des dérives et des dysfonctions bureaucratiques – la surveillance (Gouldner, 1954) ; l'impersonnalité (Crozier, 1963 ; Merton, 1961) ; la fragmentation et le cloisonnement (Selznick, 1943) ; l'application aveugle des règles (Blau, 1961) – et voir en quoi elles ne contribuent pas à définir la « dysorganisation » constatée dans les hôpitaux.

Les principaux critères de différenciation de l'organisation devraient aussi être mis à contribution. Ils s'articulent autour du consentement à l'autorité (Etzioni, 1961), du bénéficiaire des actions de l'organisation (Blau et Scott, 1962), des objectifs de l'organisation (Cyert et March, 1963 ; Lawrence et Lorsch, 1967), de la division du travail (Hall, 1972 ; Pugh et *al.*, 1987 ; Francfort et *al.*, 1995).

Le rôle des rapports de pouvoir dans la « dysorganisation » devrait être argumenté sur la base de l'analyse stratégique. Le paradoxe de l'action collective de Mancur Olson (1974), et son concept de « passager clandestin » (*Free rider*), pourraient être aussi utilisés pour donner une assise théorique au « patrimonialisme » et à l'esprit de « féodalité » constatés dans les services de soins.

Métiers du soin et relations avec le patient

Afin d'estimer dans quelle mesure les métiers du soin sont particuliers, et à quel point les tâches qui les composent sont spécifiques et/ou standardisées, il faudrait recourir à la sociologie des professions, notamment aux fondements méthodologiques des nomenclatures et des répertoires des métiers : Répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME) de l'ANPE (1999) ; Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (Ministère de la Santé, 2004) ; Répertoire ADELI (recensement des professionnels de santé)... Pour ce faire, un détour par les théories des typologies serait nécessaire : Becker (1940) ; Stinchcombe (1968) ; Tönnies (1944) ; Desrosières et Thévenot (1988) ; et tout particulièrement le concept de « classes latentes » avancé par Lazarsfeld et Henry (1969).

La psychologie du travail et l'ergonomie devraient également être mises à contribution, par le biais des outils de définition des tâches et des activités, et par l'utilisation de certains des outils de la sociométrie. Par ce biais, des comparaisons pourraient être établies : avec d'autres secteurs d'activité ou, s'agissant du secteur de la santé, avec des structures fonctionnant sous statut privé.

En ce qui concerne la relation avec le patient – fondement de la spécificité des métiers du soin –, c'est ici la sociologie du travail qui devrait être sollicitée. On utiliserait les modèles de la motivation : la théorie des besoins et des motivations (Maslow, 1954) ; l'*Expectation-valence* (Vroom, 1964) ; la théorie bifactorielle de la satisfaction (Herzberg, 1966) ; la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986) ; le rapport entre motivation et équité (Adams, 1965) ; la théorie de la direction

ou « théorie X » (Mc Gregor, 1976) ; l'importance de la clarté des objectifs (Locke et Lantham, 1990) ; le modèle de l'auto-régulation (Kanfer, 1990).

4.4.1.2. Contours et frontières des groupes professionnels à l'hôpital

Il conviendrait en premier d'aborder les distinctions entre groupe et groupement, et les différenciations au sein même des groupes : groupe d'appartenance, groupe de référence (Hyman, 1942 ; Stouffer, 1949), « groupe d'appartenance auquel on appartient » (Runciman, 1972).

La sociologie des professions serait aussi mise à contribution : dans ses définitions des professions et des professions, et dans celles de l'appartenance professionnelle. En ce qui concerne le champ des professions, on utiliserait : les définitions du concept de profession (Dubar et Tripier, 1998) ; le statut des professions (Goode, 1957) ; le concept de semi-professions (Toren, 1969 ; Etzioni, 1969 ; Scott, 1965) ; l'articulation entre l'individuel et le collectif (Hughes, 1958) ; la structuration interne de la profession (Carr-Saunders et Wilson, 1964 ; Parsons, 1966 ; Wilenski, 1964) ; le rôle social des professions (Spencer, 1883 ; Merton, 1957a ; Chapoulie, 1973 ; Pillon et Vatin, 2003 ; le principe d'éviction (Freidson, 1984) ; les corportations (Johnson, 1972) ; le verrouillage économique (Larson, 1977) ; le monopole juridique (Abbott, 1988).

La psychologie du travail viendrait à contribution dans le domaine de l'évaluation de l'impact des tâches prescrites, en particulier par le biais de la distinction entre travail prescrit et travail réel.

Les groupements par intégration devraient être abordés, pour attester que c'est à partir des rôles et des statuts que chacun se positionne dans l'organisation. Dans le même ordre, la divergence entre groupe d'appartenance et groupe de référence devrait être sollicitée, notamment *via* le concept de non congruence de Lenski (1954).

4.4.1.3. Gérer par « l'opinion publique professionnelle »

Pour déterminer les principes structurants d'une forme de structuration professionnelle entre le groupe professionnel et l'organisation, et identifier les moyens de diriger cette dernière, il faudrait utiliser les outils de l'analyse de la formation des comportements politiques, afin de mettre en lumière l'existence éventuelle d'une opinion publique professionnelle qui, outre les autres facteurs d'appartenance utilisés, permettrait de comprendre et de définir les regroupements professionnels à l'hôpital.

Il serait important de révéler les facteurs d'adhésion à une tendance, à une idéologie, pas à un groupe structuré, un syndicat, un parti politique. De même que la science politique tente de prédire l'orientation politique d'un individu à partir de son statut économique, de sa religion ou de son lieu de résidence, il faudrait identifier des déterminants professionnels pertinents pour évaluer le positionnement d'un individu au travail quant aux orientations de l'organisation professionnelle à laquelle il appartient. C'est l'étude de la formation des comportements politiques qui serait ici pertinente.

Il pourrait aussi être envisagé d'explorer la dimension individuelle de l'écologie électorale (étude des comportements sociaux à partir des informations données dans le cadre d'unités territoriales appelées parfois « collectifs »). L'écologie électorale permet en effet d'identifier les racines du comportement électoral dans la localisation des électeurs et dans la structure sociale de leur unité territoriale d'appartenance. En l'occurrence, on pourrait remplacer l'unité territoriale par le contexte fonctionnel dans lequel s'exerce le métier au sein de l'organisation.

Ainsi, les modèles psychosociologiques pourraient être éventuellement utilisés : le modèle de l'école de Columbia (Lazarsfeld et *al.*, 1952) qui rassemble les techniques d'analyse des préférences des consommateurs et de l'effet des *mass média* pour étudier la formation des choix électoraux ; ou bien le paradigme de Michigan (Campbell et *al.*, 1960) qui s'articule autour du rôle de la psychologie individuelle, des mécanismes de l'identification partisane, du contexte électoral ; ou bien encore, le vote sur enjeux (*issue vote*). Il serait également intéressant d'utiliser les modèles d'analyse des clivages, de la constitution des groupes et de leur versatilité.

4.4.1.4. Appartenance et identité au travail

La question de l'appartenance et de l'identité professionnelles à l'hôpital ne pourrait pas faire l'économie de l'évaluation de l'empreinte religieuse et de l'opposition entre temporel et intemporel ; cette dernière emprunterait à la distinction entre le sacré et le profane établie par Durkheim (1994) et celle faite par Hughes (1958) entre les *Saintly models* et les *Dirty works*. L'estimation de l'utilisation du temps comme outil de pouvoir passerait par une référence à : Thoemmes (2000), De Terssac (2003), Sue (1994), Elias (1997), Pronovost et Mercure (1989). C'est à ce titre que la question des communautés (Tönnies, 1887) devrait sans doute être mise à contribution.

S'agissant de l'appartenance professionnelle proprement dite, seraient abordées les questions de l'appropriation de la culture de la profession (Hughes, 1958), de la communauté d'intérêts temporaires et variables (Bucher et Strauss, 1992), de l'ordre négocié (Strauss, 1992).

Les théories des rôles et des statuts devraient être également utilisées : le lien entre rôle et statut (Linton, 1936) ; la distinction entre rôle et comportement (Newcomb, 1950) ; les conflits intra-rôles (Gross et *al.* 1957) ; la multiplicité des rôles par statut (Merton, 1957c) ; la différenciation des rôles (Bales et Slater, 1955 ; Burke, 1968 ; Turner et Colomy, 1988) ; la fusion rôle/personne (Turner, 1978).

Il conviendrait également d'aborder les théories sur les groupes restreints et leur dynamique (Lewin, 1953 ; Cartwright et Zander, 1960). C'est dans cette perspective que les théories du *leadership* seraient mises à contribution : formes et styles du *leadership* (Lewin, 1953) ; *leadership* comme processus et *leadership* comme propriété (Jago, 1994) ; *leadership versus* activités de direction (Gouldner, 1954) ; *leadership versus* pouvoir (Etzioni, 1965) ; modalités de diffusion de l'influence (Katz et Kahn, 1966) ; influence exercée *via* des processus interpersonnels (Jacobs, 1971).

L'analyse de l'identité professionnelle suivrait plusieurs angles d'approche : l'entrée dans le travail (Baubion-Broye et *al.*, 2004) ; la dimension culturelle de l'accès à l'identité professionnelle (Sainsaulieu, 1988 et 1999) ; les identités collectives au travail (Francfort et *al.*, 1995) ; la double transaction, objective et subjective (Dubar, 2002).

Pour décrire la prédominance de la fonction et du contexte professionnel dans le sentiment d'appartenance professionnelle des personnels, et mettre en évidence un éventuel « effet caméléon », il conviendrait d'écarter les notions d'identification (Sainsaulieu, 1988 ; Dubar, 2002), de « désir mimétique » (Girard, 1972 et 2002), pour se focaliser sur l'opposition théorique entre Durkheim (1930) et De Tarde (1993) quant à l'imitation. On utiliserait aussi Baudonnière (1997) et Oberlé (1999). Le concept de *Looking-glass self* (Cooley, 1902) devrait être utilisé dans l'appréhension d'un éventuel narcissisme professionnel.

4.4.2. Méthodologies à mettre en œuvre

La méthodologie à utiliser est la même que celle décrite plus haut, dans la partie concernant la centralisation du pouvoir de décision : des entretiens libres – ou semi-directifs – conduits sur la base d'une grille préalablement conçue.

S'agissant des contours et des frontières des groupes professionnels, il n'est pas certain que les instruments de la sociométrie soient parfaitement adaptés. Il pourrait être préférable de passer par les outils de l'analyse quantitative, en particulier la classification ascendante hiérarchique qui permet d'identifier des classes d'effectifs.

La mise en évidence de l'archaïsme de l'organisation du travail dans les services de soins devrait s'articuler autour de plusieurs bases méthodologiques et théoriques, qui empruntent à la sociologie du travail, y compris dans sa composante ergonomique. L'analyse des tâches et de l'activité pourrait utiliser plusieurs techniques d'analyse : une hiérarchie des fonctions ; l'identification des compétences et des aptitudes *via* le modèle KSAO (*Knowledge, Skill, Ability, Other*) ; méthodes de Fleishman ; méthode PAQ.

5. LA PLACE DE DOCTORANTS DANS CES PROJETS DE RECHERCHE

Ces projets de recherches forment un *corpus* dans lequel pourraient venir s'inscrire le projet universitaire d'étudiants doctorants. Le rôle de ces derniers s'articulerait autour de l'acquisition d'un comportement de chercheur – dans un environnement professionnel qui est rarement l'objet de recherches universitaires –, sous la houlette du directeur de thèse que je me propose d'être, dans une démarche caractérisée par la rigueur et la connaissance profonde du champ d'étude.

5.1. Ce que je proposerais à des doctorants

Ce que je proposerais aux doctorants que je pourrais être amené à encadrer, c'est de les aider à acquérir un comportement de chercheur, de faire en sorte qu'ils contribuent à l'évolution de la connaissance dans le champ d'investigation qu'ils auront choisi – ce qui passe par une forme de contractualisation avec eux.

5.1.1. Acquérir un comportement de chercheur

Avoir l'ambition d'encadrer des doctorants, c'est en premier se fixer comme tâche de les aider à acquérir un comportement de chercheur, c'est-à-dire combiner la connaissance de ce qui s'est déjà dit et écrit sur le sujet qu'ils ont choisi, tout en préservant une autonomie intellectuelle et scientifique. L'objectif est de prendre conscience de l'état de la connaissance mais de ne pas s'y cantonner : mener un travail de thèse c'est aussi accomplir un travail personnel de maturation qui conduit le doctorant à sublimer les informations qu'il a enregistrées et à s'en affranchir ainsi.

Le rôle du directeur de recherche est aussi d'accompagner le doctorant pour l'aider à franchir un palier en termes de compétences et de connaissances. Outre affronter un enjeu personnel important – passer sa thèse –, le doctorant doit mener un projet à dimensions multiples : panorama et synthèse de la littérature ; ébauche de plan ; prise de contact avec des personnes ressources ; identification du terrain d'étude ; prises de contact pour rendre possible l'étude empirique ; rapports avec son directeur de thèse...

L'une des tâches principales pour le directeur de thèse est de maintenir un niveau constant d'exigence dans la conception et la mise en œuvre du travail de recherche. La qualité de l'analyse doit avoir pour corollaire celle de l'expression écrite, qui doit faire l'objet d'une attention toute particulière. Par expression écrite, on entend ici les éléments factuels de grammaire, de syntaxe, de ponctuation, de style, mais aussi la capacité de conduire une démonstration sur plusieurs centaines de pages en évitant l'écueil de l'accumulation de paragraphes restituant les notes prises durant la phase préparatoire de la thèse.

5.1.2. Contribuer à l'évolution de la connaissance

Le rôle du directeur de thèse est aussi de faire en sorte que le doctorant qu'il encadre contribue à sa mesure à l'évolution de la connaissance théorique dans le champ qu'il sollicite. Pour ce faire, il doit canaliser l'approche théorique du doctorant, l'inciter à inscrire cette dernière dans un modèle d'analyse, à choisir une méthode appropriée aux hypothèses qu'il entend valider, à définir précisément les interrogations théoriques auxquelles il lui faudra répondre. Toute la question en effet est de savoir à quels courants, quels auteurs, quels concepts se rattachent les hypothèses du doctorant ; une fois positionnées par rapport à ces référents, ses hypothèses de recherche prendront un sens, et leur validation pourra contribuer à l'évolution de la connaissance.

La mission du directeur de thèse est donc d'amener le doctorant dont il a la charge à se demander où en est la réflexion théorique sur le sujet qui l'intéresse, ce que sont les origines de la question, et la façon dont la pensée a évolué. Il l'incitera à découvrir les principaux auteurs qui se sont penchées sur la question centrale de la thèse, leur apport majeur, ainsi que les controverses centrales et leurs protagonistes, de façon à inscrire le travail de recherche dans le courant des principales idées et des principaux concepts formulés sur la question.

De même, le directeur de recherche intervient pour que le doctorant ne se contente pas d'exploiter le terrain de recherche qu'il a sélectionné dans une visée exclusivement utilitariste : le terrain d'étude ne doit pas être appréhendé uniquement comme une matière première, une sorte de « boîte de Petri sociale » destinée à valider des hypothèses académiques. L'étude empirique doit être aussi l'occasion pour le doctorant de découvrir le terrain d'étude, de s'en pénétrer, de façon que la découverte de ce dernier contribue à faire évoluer le projet de recherche, et que la thèse elle-même suscite à son tour une meilleure connaissance de ce terrain. Cette observation vaut tout particulièrement pour l'hôpital, dont la réalité est peu connue en dépit de la surexposition médiatique dont il fait l'objet.

5.1.3. Un « contrat » entre le directeur de thèse et le doctorant

Une forme de contractualisation informelle s'établit donc entre le directeur de thèse et le doctorant. Le directeur de thèse rassemble l'ensemble des conditions nécessaires à la réussite du projet de recherche, en conjuguant notamment compagnonnage théorique et activation du réseau professionnel ; le doctorant, quant à lui, s'inscrit dans une démarche d'engagement, empreinte de persévérance, de rigueur, de réalisme et d'éthique – le rapport à la structure au sein de laquelle se mène le projet de recherche doit être en effet caractérisé par le respect, la déontologie et la confidentialité.

5.2. Comment je conçois l'encadrement de doctorants

L'encadrement de doctorants s'articule donc autour de la définition d'une démarche de recherche, d'encouragement à l'autonomie, de transmission de connaissances, de compétences, de savoir-faire et d'exigence.

5.2.1. Définir une démarche de recherche

5.2.1.1. Thématique, autonomie et choix du sujet

Pour définir la démarche de recherche, le directeur de thèse ne doit pas se substituer au doctorant, quand bien même son travail académique serait très éclairant pour la recherche en cours. Au contraire, ne serait-ce que dans cette dernière perspective, l'autonomie laissée au doctorant peut fort utilement contribuer à ouvrir de nouveaux champs d'investigation sur la question traitée, auxquels le directeur de thèse n'aurait pas spontanément songé. Surtout, la rédaction d'une thèse forme la première expérience de conduite d'un projet complètement autonome, qui préfigure le type d'activité professionnelle à laquelle le doctorant se destine.

Le choix du sujet, notamment, est l'occasion pour le doctorant de démontrer sa capacité d'autonomie dans le travail, la façon qu'il a de se préparer à soutenir une idée tout en se projetant sur une échéance de quelques années nécessaires pour la faire aboutir. C'est aussi le moyen de vérifier qu'il distingue l'autonomie de l'autarcie : autant le directeur de recherche doit laisser le doctorant formuler les premières idées de sujet ; autant le doctorant doit être à même de faire évoluer ces dernières en fonction des remarques et des observations de son directeur de thèse, afin de les inscrire dans un thématique pertinente.

5.2.1.2. Définition d'un modèle d'analyse

Le directeur de thèse contribue à la définition d'un modèle d'analyse. Le doctorant doit en premier savoir quel type de progrès il entend apporter à la connaissance : un éclairage nouveau sur un sujet qui fait l'objet de débats ; la reconstruction d'un *corpus* explicatif ; l'exploration d'une analyse concernant une dimension particulièrement importante d'une question.

Une fois ceci fait, le doctorant doit constituer un modèle d'analyse qui – en prolongeant la problématique – contient les concepts mobilisés et les hypothèses, articulés entre eux afin de bâtir un cadre d'analyse cohérent. Cela implique que le doctorant soit préalablement parti à la découverte des théories pertinentes concernant son sujet et des recherches déjà menées sur la thématique qu'il a sélectionnée.

5.2.1.3. Articulation du théorique et de la confrontation aux faits

Il convient surtout que la définition d'un cadre d'analyse n'emporte pas la conviction pour le doctorant que son travail de thèse est achevé et que la recherche empirique ne peut que confirmer les

prémises théoriques qu'il a formulées. En d'autres termes, il ne faut pas que les faits s'adaptent à la théorie mais bien que la théorie s'adapte aux faits.

C'est la raison pour laquelle les hypothèses formulées sont vérifiées et validées par une enquête de terrain : l'objectif d'un travail de recherche est d'estimer dans quelle mesure l'hypothèse résiste à l'examen des faits. La construction d'hypothèses théoriques – qui ne sont que des présomptions, des propositions provisoires – ne peut se suffire à elle-même : la rédaction d'une thèse se forme d'allers et retours entre le modèle d'analyse et le terrain d'enquête afin d'apporter une contribution aux éléments théoriques mobilisés mais aussi pour éclairer la compréhension du domaine d'étude.

5.2.2. Autonomie et transmission

5.2.2.1. Encourager l'autonomie du doctorant

A l'instar de la définition du sujet, la conduite du travail de recherche doit se faire de façon autonome. Le directeur de thèse soutient, encourage le doctorant, lui fournit les éléments d'information et de compréhension nécessaires à son cheminement académique mais en aucune façon ne se substitue à lui – de façon explicite ou non. On retrouve ici les mêmes mécanismes que le manager doit affronter dans le rapport hiérarchique avec ses subordonnés. Ces derniers ont toujours et partout tendance à se décharger du problème confié par leur supérieur hiérarchique en lui demandant conseil ; c'est aussi une façon d'être certain de répondre parfaitement à sa demande. Il en est également ainsi pour le doctorant : sachant que son travail va être évalué – et souvent modifié – par son directeur de thèse, il est facilement enclin à demander directement à ce dernier ce qu'il souhaite voir réalisé afin de s'y conformer. La tentation peut être tout aussi grande du côté du directeur de thèse, dès lors qu'il souhaite encourager et faciliter le travail de son doctorant.

Si cette forme de « maternage » peut-être appréciée par certains étudiants, il empêche l'étudiant de se confronter à la difficulté de sa tâche et, par là, de progresser en accumulant de l'expérience en matière de recherche. L'appropriation du sujet, la maîtrise des méthodes mises en œuvre, la connaissance du terrain d'étude, passe par une confrontation, des errements, des erreurs. Les échanges scientifiques avec le doctorant, l'expression d'objectifs clairs et pertinents constituent les limites de l'intervention méthodologique du directeur de recherche. En d'autres termes, c'est la méthode heuristique qui doit être privilégiée, celle qui consiste à faire découvrir à l'étudiant ce qu'on veut lui enseigner.

5.2.2.2. Transmission de connaissances, de compétences, de savoirs-faire et d'exigence

Le rapport du directeur de thèse avec le doctorant peut ponctuellement passer par une transmission de connaissances, ou bien par la mise en relation avec une personne ressource susceptible d'y contribuer. C'est tout particulièrement vrai s'agissant du champ d'étude concerné ici, l'hôpital,

dont l'analyse mobilise nécessairement plusieurs disciplines – quand bien même l'objet de la thèse serait d'approfondir tel ou tel point théorique.

Cette transmission ne se limite pas aux connaissances théoriques : la préparation et la conduite de la recherche empirique est l'occasion de mettre l'étudiant en présence de compétences et de savoirs-faire dont il pourra mesurer l'étendue et l'importance à l'aune des erreurs ou des maladresses qu'il commettra nécessairement pendant son étude de terrain. Tout l'apport du directeur d'étude tient dans le décryptage de ces erreurs avec le doctorant.

Le directeur de thèse transmet également un niveau d'exigence au doctorant, en particulier durant les moments les plus difficiles de la thèse où l'invalidation de telle ou telle hypothèse, les difficultés rencontrées sur le terrain, le poids du temps qui passe, peuvent finir par conduire le doctorant à privilégier une certaine facilité – dans l'analyse, dans la démonstration ou dans l'expression.

5.3. L'intérêt pour des doctorants de m'avoir comme directeur de thèse

A l'aune de ce qui vient d'être avancé et des spécificités du champ de spécialisation qui est le mien, mon apport potentiel à des doctorants s'articule autour de la variété de ma formation et de mon expérience professionnelle, et de ma connaissance approfondie du fonctionnement de l'hôpital et des services de santé plus globalement.

5.3.1. Variété de la formation, du profil académique et de l'expérience professionnelle

Sans revenir sur mon parcours atypique, qui forme la première partie de ce mémoire, il convient de rappeler que mon parcours universitaire est lui-même empreint d'une grande variété. Diplômé de Sciences po et de l'Ecole nationale de la Santé publique, les deux axes principaux de ma formation sont le droit et l'économie.

S'agissant du droit, il s'agit de droit public, de droit hospitalier et de droit du travail – dernière discipline que j'ai enseignée quelques années à Sciences po. Cette double composante public/privé me donne les éléments nécessaires à des comparaisons entre ces deux secteurs d'activité, c'est d'ailleurs sur cette base que certaines de mes publications ont été rédigées. Cette dimension est tout particulièrement intéressante s'agissant des établissements de santé qui, on l'a vu, peuvent être tout aussi bien des établissements publics que des associations ou des entreprises de droit privé – parfois même associer en leur sein des structures publiques et privées.

En ce qui concerne l'économie, c'est à une large acception de cette discipline qu'il est fait référence. Diplômé en économie approfondie à Sciences po, j'ai développé ma connaissance de la macro-économie en travaillant sept années à la rédaction de la revue *Problèmes économiques*. Cette expérience m'a été très utile quand, conjuguée aux finances et à la comptabilité hospitalières apprises à l'ENSP, j'ai pu comme directeur des finances d'un hôpital être en mesure de concevoir

et de mettre en œuvre un raisonnement économique. Là encore, l'appréhension des mécanismes économiques et budgétaires des hôpitaux peut être particulièrement utile pour tout doctorant prenant l'hôpital comme terrain d'étude.

La maîtrise des règles encadrant les ressources humaines (acquise comme directeur des ressources humaines) et celles régissant les financières hospitalières se conjugue la connaissance de la sociologie des organisations, utilisée dans le cadre de ma thèse en sciences de gestion. La combinaison de ces trois champs universitaires est, me semble-t-il, particulièrement pertinent eu égard aux caractéristiques de l'organisation hospitalière.

A la variété de la formation répond celle de l'expérience professionnelle. J'ai travaillé à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé, ce qui me permet d'envisager les angles les plus appropriés en termes d'analyse comparative entre les deux secteurs ; je suis également à même d'y conduire une analyse empirique (ce que j'ai fait pour ma thèse), ou d'en encadrer une.

S'agissant des établissements de santé, le fait d'être directeur d'hôpital et de disposer d'une expérience professionnelle dans les deux secteurs les plus pertinents en termes de gestion – les ressources humaines et les finances – me place dans une position idéale pour encadrer tout étudiant désireux d'entreprendre un travail de recherche consacré aux structures de soins.

5.3.2. Connaissance du champ d'étude et maîtrise des contraintes de la recherche sur le terrain

Cette connaissance du terrain d'étude se double d'un réseau relationnel, tissé aussi bien chez les soignants (médecins et non médecins) que chez les non soignants, et ce dans des établissements de santé – publics ou privés – disséminés sur le territoire national, départements d'outre-mer compris.

Cette position maintenue de praticien de l'hôpital me permet de porter un regard « démythifié » sur le fonctionnement des établissements de santé, nécessaire à la conduite d'une démarche scientifique d'observation du fonctionnement de ces structures de travail. S'affranchir des clichés est une condition indispensable pour contribuer à l'avancée de la connaissance des établissements de soins ; y avoir travaillé et y travailler encore est le moyen nécessaire pour acquérir cette distance.

Avoir un regard distancié ne signifie pas professer une attitude de banalisation à l'égard des hôpitaux. Bien au contraire, savoir distinguer le discours catégoriel, fantasmé, de la réalité vécue sur le terrain permet d'identifier les spécificités du travail de soin : le rapport quotidien à la maladie, à la souffrance, à la mort.

Enfin, le fait d'avoir moi-même consacré une thèse aux établissements de santé me permet de disposer d'une expérience quant aux difficultés – matérielles et méthodologiques – que pourrait rencontrer tout doctorant placé dans la même situation.

5.4. L'intérêt que je trouverais à l'encadrement de doctorants

Quant à moi, mon souhait de solliciter une habilitation à diriger des recherches se fonde sur le désir de partager les connaissances acquises, de démultiplier les efforts de recherche dans un secteur faiblement exploré, de contribuer au développement de la recherche en gestion hospitalière de façon à rationaliser les débats sur l'hôpital, affligés de clichés et de poncifs.

5.4.1. Partage, restitution, pédagogie

Les entreprises humaines ne répondent pas exclusivement, ou systématiquement, à un bilan coût/avantage, mais peuvent aussi recéler une part d'altruisme. Celle que j'entreprends ici possède aussi une dimension désintéressée. Il me semble en effet important de partager les connaissances et l'expérience que j'ai accumulées au fil de mon parcours professionnel, en particulier en ce qui concerne mon passage dans les hôpitaux.

La proximité de l'activité professionnelle dans les établissements de soins avec les enjeux les plus élevés de l'existence humaine – naissance, maladie, souffrance, mort – m'ont convaincu de l'importance de faire progresser la connaissance dans ce domaine. Il me semble aussi que le parcours original que j'ai suivi m'a permis d'accumuler une expérience et un recul que je souhaiterais transmettre.

5.4.2. La démultiplication des efforts de recherche dans un champ d'étude en plein développement

Le second élément de motivation pour solliciter une habilitation à diriger des recherches porte sur la prise de conscience de l'importance en volume des recherches à mener sur l'hôpital et sur l'impossibilité matérielle que j'ai de les conduire par moi-même, en tout cas celles auxquelles je songe.

L'encadrement de doctorants conduirait donc à une forme de démultiplication des efforts de recherche sur ce sujet ; cela permettrait aussi un maillage plus important des établissements et un accroissement du volume de données et d'informations disponible sur la question.

Par surcroît, ce désir et cette nécessité de partage s'inscrivent dans le contexte d'un développement marqué de l'offre de formations en gestion des établissements de santé et – en principe en tout cas – de la recherche consacrée à leur gestion.

Le management des hôpitaux connaît actuellement de profonds bouleversements. L'organisation en pôles d'activité, l'incitation à la productivité introduite par la Tarification à l'activité (T2A), la relance de l'investissement hospitalier prévue dans le plan « Hôpital 2007 », confrontent les établissements de soins à la nécessité d'évolutions organisationnelles majeures.

Le mouvement de fusion de plateaux techniques va s'accroissant, nécessitant le recrutement de personnels aux profils adaptés à ces responsabilités redéfinies. De même, la multiplication des projets d'investissement et de travaux, grâce aux fonds distribués par la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MainH), pousse les établissements à recruter des personnels à même de porter ces opérations complexes. La nécessité d'une gestion informatisée et efficace de l'information, dans la perspective – notamment – de la mise en œuvre du dossier médical partagé, fait désormais consensus.

Ces mutations profondes et rapides rendent nécessaire l'émergence de nouvelles fonctions, de nouveaux métiers, et de nouvelles formations pour répondre à ces besoins. De nombreuses grandes écoles ont créé leur département santé, et y ont souvent adjoint une unité d'enseignement en gestion des services de santé. La création de l'Ecole des hautes études en santé publique répond également à ces impératifs.

La multiplication des formations en gestion hospitalière accroît encore l'importance d'une recherche universitaire active dans ce domaine. Ma scolarité à l'ENSP et les réactions provoquées par mes publications les plus récentes sur le sujet m'ont convaincu de la prédominance d'un discours dominant mais – selon moi – erroné sur la question, et de la nécessité en retour d'une plus grande variété dans les approches académiques.

5.4.3. Contribuer à rationaliser les débats sur un sujet affligé de clichés et de poncifs

Les débats sur l'hôpital sont le plus souvent marqués par l'angélisme et le manque de clairvoyance. Or utiliser l'hôpital comme terrain d'analyse de l'appartenance professionnelle conduit à penser les métiers hospitaliers, c'est-à-dire les désacraliser, démontrer qu'à l'instar des autres métiers ou professions, ils sont exercés par des êtres humains qui défendent – légitimement – leurs droits, leurs prérogatives, leurs avantages acquis.

Penser l'hôpital et les métiers hospitaliers est une tâche délicate en raison de leur sacralisation qui renvoie aux origines religieuses du secours aux plus nécessiteux : tout discours rationnel vient se heurter à l'apostolat que les personnels hospitaliers sont censés exercer, et derrière lequel ils sont enclins à se retrancher dès lors qu'on interroge l'organisation de leur activité.